



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### CONSULTA DOS 0 AOS 6 ANOS – ANÁLISE DOS PACIENTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
Para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por: Ana Carolina Soares Baptista

Viseu, 2017





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### CONSULTA DOS 0 AOS 6 ANOS – ANÁLISE DOS PACIENTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
Para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por: Ana Carolina Soares Baptista

Orientador: Professora Doutora Andreia Sofia de Paiva Figueiredo  
Coorientador: Professora Doutora Mariana Pinheiro Torres Seabra

Viseu, 2017



*Deus dá as batalhas mais difíceis aos seus melhores soldados.*

Papa Francisco



*Dedico esta tese aos melhores Pais, Cristina e João; à minha querida Avó; ao meu amado Irmão, Francisco; ao meu Namorado e Companheiro de todas as horas, Nuno; aos meus adorados Tios e Primos; às minhas Amigas Iryna e Ana; e à minha dedicada Orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo.*

*Sem vós este longo e valioso percurso teria sido impossível!*



## Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, por todo o conhecimento e ensinamentos que me transmitiu, por todo o apoio, pela sua dedicação, disponibilidade incansável e por acreditar em mim.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Mariana Seabra, pelo seu contributo na elaboração deste trabalho e pelas suas críticas construtivas.

A todos os professores que cruzaram o meu percurso e me transmitiram os seus conhecimentos.

À minha Mãe, agradeço a minha vida e por ser o meu exemplo de força e coragem.

Ao melhor pai que a vida me deu, o meu Treina, agradeço todo o carinho e por ser um exemplo de determinação.

Obrigada por acreditarem sempre em mim, me apoiarem incondicionalmente, me levantarem a cada queda, me tornarem mais forte e por me amarem.

À minha maravilhosa Avó, por todo o amor do mundo que sempre me deu, por me ter ensinado a ser quem sou, por andar lado a lado comigo e por todo orgulho que tem em mim.

Ao Francisquinho, o menino da mana, por todo o amor, companhia, carinho, boa disposição e exemplo de otimismo.

Ao Nuno, namorado e companheiro de todas as horas, pelo amor desmedido, pelo apoio incondicional, por todo o carinho, por acreditar sempre que seria capaz, por toda a motivação e lealdade.

À minha titi, Sofia, por me ter ajudado a crescer e pelo seu amor intemporal.

Aos meus primos Maria e Rúben, Duarte e Diogo por serem os meninos dos meus olhos e a minha fuga, ao viverem no mundo encantando da infância.

Ao meu tio Mané e à minha tia Susana, por todo o amor e carinho.

A todos os outros que fazem parte da minha família e dos meus amigos, e que de uma forma ou de outra, contribuíram para o meu crescimento e felicidade.

Às minhas amigas Iryna e Ana, pela amizade verdadeira e fidelidade ao longo destes anos.

À minha binómia, Maria Vilaça, por todo o apoio e motivação.

Às minhas estrelinhas, que do céu me iluminaram.

À Unidade de Saúde Familiar Rio Dão e ao seus utentes pela colaboração.

O meu bem haja a todos vós!



## Resumo

**Introdução:** A infância é um período de aquisição de hábitos e condutas, influenciados pelo meio envolvente. A criança deve adquirir, precocemente, corretos hábitos alimentares e de higiene. Em Portugal, a cárie dentária constitui um problema de saúde pública. É essencial a prevenção e intervenção precoce.

**Objetivos:** Os principais objetivos foram compreender se as medidas do PNPSO são divulgadas, quais as informações dos responsáveis relativamente a hábitos alimentares e de higiene oral, qual a importância que lhes atribuem, quais os cuidados que têm com os bebés/ crianças e para consigo, qual a prevalência de cárie na população infantil estudada e qual a concordância entre dentes presentes com os previstos por duas tabelas de cronologia de erupção.

**Material e métodos:** Realizou-se um estudo epidemiológico observacional transversal descritivo que avaliou os cuidados de higiene oral e alimentares que pais/ tutores tinham com os bebés/ crianças e consigo. Recorreu-se a uma amostra de conveniência, obtendo-se dados do maior número possível de utentes dos 0 aos 6 anos e respetivos pais/ tutores, que frequentassem a USF Rio Dão, entre Outubro/2016 a Fevereiro/2017. Aplicou-se um questionário por entrevista e fez-se o registo da observação clínica. Avaliaram-se os dentes presentes, o índice CPOD e ceod.

**Resultados:** 24,3% dos responsáveis não lavava os dentes diariamente. 32,0% dos responsáveis não tinha visitado o Médico Dentista no último ano. 73,8% das crianças consumia guloseimas. Das 72,8% crianças que lavavam os dentes, 36,0% não o fazia diariamente. O índice ceod médio foi  $1,11 \pm 2,52$  e o CPOD foi de 0. Não houve total correspondência com as duas tabelas, e para uma delas houve maior correspondência do género feminino.

**Conclusões:** A promoção da saúde oral aos pais/ tutores não foi uniforme na população estudada. Apesar de os responsáveis considerarem hábitos de higiene oral e a dentição decídua como extremamente importantes, estas considerações não correspondem aos cuidados que têm para com os bebés/ crianças.

**Palavras-chave:** higiene oral; hábitos de alimentação; cárie precoce de infância; índice de cárie.

## Abstract

**Introduction:** Childhood is a period of acquisition of habits and behaviors, influenced by the surrounding environment. The child must acquire, at an early age, correct eating and hygiene habits. In Portugal, tooth decay is a public health problem. Prevention and early intervention are essential.

**Objectives:** The main objectives were to understand if the PNPSO measures are promoted, the information of those responsible regarding food habits and oral hygiene, how important they are to them, what care they have with infants and children and themselves, what is the prevalence of caries in the studied child population and what is the agreement between present teeth and those predicted by the tables of eruption chronology.

**Material and methods:** A cross-sectional observational epidemiological study was carried out to evaluate the oral and feeding hygiene care that parents / tutors had with infants / children and themselves. A convenience sample was used, obtaining data from as many users as possible from 0 to 6 years old and their parents / tutors, who attended USF Rio Dão between October 2016 and February 2017. A questionnaire was applied by interview and the clinical observation was recorded. The present teeth, the DMFT index and the ceod index were evaluated.

**Results:** 24.3% of those responsible did not wash their teeth daily. 32.0% of those responsible had not visited the Dentist in the past year. 73.8% of the children consumed candies. Of the 72.8% children who washed their teeth, 36.0% did not do it daily. The average ceod index was  $1.11 \pm 2.52$  and the DMFT was 0. There was no complete correspondence with the two tables, and for one of them there was greater correspondence of the female gender.

**Conclusions:** Oral health promotion to parents / guardians was not uniform in the studied population. Although those responsible consider oral hygiene habits and deciduous dentition extremely important, these considerations do not correspond to the care they have for babies / children.

**Keywords:** oral hygiene; feeding habits; early childhood caries; caries index.

# Índice

I. Introdução .....	1
1.1 Saúde Oral.....	3
1.1.1 Cárie Precoce de Infância .....	4
1.1.2 Prevenção.....	5
1.1.2.1 Higiene oral .....	5
1.1.2.2 Visita ao Médico Dentista .....	6
1.1.2.3 Controlo da dieta alimentar .....	7
1.1.2.4 Flúor .....	9
1.1.2.5 Selantes de fissuras.....	10
1.2 Risco de cárie .....	11
1.2.1 Medicamentos líquidos pediátricos.....	12
1.3 Hábitos: biberão e chupeta .....	12
1.4 Cronologia de erupção: dentição decídua .....	13
II. Objetivos.....	15
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos .....	17
III. Material e Métodos.....	19
3.1 Tipo de estudo.....	21
3.2 Amostra.....	21
3.3 Procedimentos éticos e legais.....	21
3.4 Recolha de Dados.....	21
3.5 Protocolo e material utilizado .....	22
3.6 Análise estatística.....	26
IV. Resultados .....	27
4.1 Resultados do questionário .....	29
4.1.1 Caraterização do responsável pelo bebé/ criança presente na consulta.....	29
4.1.2 Hábitos do responsável pelo bebé/ criança presente na consulta .....	29
4.1.3 Conhecimentos e informações do responsável pelo bebé/ criança presente na consulta sobre a higiene oral e dentição destes e importância que atribuem à temática.....	32

4.1.4	Caraterização da amostra (bebés/ crianças) .....	35
4.1.5	Hábitos do bebé/ criança.....	36
4.2	Resultados da condição clínica .....	42
4.3	Resultados com significância estatística .....	47
V.	Discussão .....	59
5.1	Material e métodos.....	61
5.2	Resultados .....	62
5.2.1	Caraterização do responsável pelo bebé/ criança presente na consulta.....	62
5.2.2	Hábitos do responsável pelo bebé/ criança presente na consulta .....	63
5.2.3	Conhecimentos e informações do responsável pelo bebé/ criança presente na consulta sobre a higiene oral e dentição destes e importância que atribuem à temática.....	65
5.2.4	Caraterização da amostra (bebés/ crianças) .....	67
5.2.5	Hábitos do bebé/ criança.....	68
5.2.6	Resultados da condição clínica .....	72
5.2.7	Resultados com significância estatística .....	73
5.3	Limitações do estudo .....	80
VI.	Conclusões .....	83

## **I. Introdução**



## 1.1 Saúde Oral

A infância representa um período de profundo desenvolvimento físico, emocional e intelectual para o bebé e para a criança, representando um verdadeiro desafio. Acredita-se que tenha início ao nascimento e que termine por volta do décimo quarto ano de vida, variando o seu término de indivíduo para indivíduo, de acordo com a respetiva maturação.

Neste período, o bebé e a criança, providos de habilidade, são capazes de aprender e adquirir hábitos e condutas, em parte elaboradas por imitação, quer dos indivíduos que os rodeiam, como pais, outros familiares e cuidadores, quer do meio em que estão inseridos, com a sua cultura, crenças e estado sócio-económico. Assim sendo, torna-se evidente que, nesta fase, o bebé e a criança adquiram primeiramente os hábitos que lhes são essenciais, como os hábitos de alimentação e de higiene. É fundamental que o bebé e a criança adquiram precocemente corretos hábitos de higiene oral, de forma a que sejam incluídos no seu dia-a-dia de forma natural e que sejam desejados pelos mesmos. (1)

Contrariamente ao passado, hoje em dia, defende-se que a saúde é um direito universal e indispensável ao normal desenvolvimento e qualidade de vida do ser humano. Também, ao invés do que se preconizava antigamente, se sabe que a saúde oral está intimamente relacionada com a saúde geral dos indivíduos e vice-versa. Porém, tanto a perceção de saúde geral como de saúde oral variam consoante os valores e noções de cada um e em função das informações a que cada indivíduo tem acesso. (2)

Em Portugal, nos últimos anos, a cárie dentária tem vindo a diminuir de forma significativa, sobretudo na população infantil e juvenil. Ainda assim apresenta uma elevada prevalência e constitui um problema de saúde pública. Desde 1986, que, em Portugal, se têm desenvolvido programas de Promoção da Saúde, essencialmente direcionados para crianças e jovens, apostando na prevenção e intervenção precoce, sob orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS). (3)

A cárie dentária é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença crónica, infecciosa e transmissível, que representa um processo patológico que leva à dissolução do conteúdo mineral dos dentes, provocando o amolecimento dos tecidos dentários até à formação de uma cavidade. Esta pode surgir logo após a erupção do primeiro dente decíduo. (4,5) De modo a evitar o seu aparecimento, é importante que os pais e cuidadores adotem bons hábitos de higiene oral e de alimentação para com os seus bebés e crianças, e que, posteriormente, estes os adquiram.

### 1.1.1 Cárie Precoce de Infância

A Cárie Precoce de Infância (CPI) é a doença mais comum na infância e é definida como uma doença crónica que atinge a dentição decídua em idade pré-escolar, podendo desenvolver-se logo após a erupção dos primeiros dentes. Para que seja considerado este o diagnóstico o bebé ou a criança tem de apresentar pelo menos um dente cariado, sendo a lesão cavitada ou não, ter pelos menos um dente ausente devido a cárie ou existir uma obturação num dente decíduo, em idades compreendidas entre os 0 e os 71 meses. A sua prevenção e o seu tratamento implicam a educação dos pais e cuidadores e a intervenção precoce dos Médicos Dentistas. Esta doença é de evolução muito rápida e é capaz de provocar uma grande destruição nos dentes afetados. (4)

A saúde oral dos bebés e crianças é determinada pela interação de diversos fatores ambientais com determinadas predisposições pessoais. (6)

A presença de uma dieta cariogénica, hábitos de higiene oral deficientes ou inexistentes, a transmissão bacteriana vertical de mãe para filho e a presença de um estado de malnutrição são fatores que propiciam ao desenvolvimento de CPI. (4)

Apesar de a CPI ser de etiologia multifatorial, a sua prevenção passa essencialmente por promover o uso tópico de fluoretos, fornecer aos pais e cuidadores as corretas instruções e cuidados de higiene oral a ter para com o bebé e a criança e aconselhar a redução do consumo de açúcares. (7)

Várias consequências podem advir para o bebé e para a criança, destacando-se a perda da função mastigatória, a existência de uma infeção local que pode manifestar-se noutras zonas da cavidade oral, bem como originar infeções sistémicas, alterações no desenvolvimento da própria dentição e das arcadas dentárias, desenvolvimento de problemas oclusais, alterações a nível da fonética devido à perda dentária, alteração a nível alimentar, problemas estéticos e perturbações psicossociais. (6)

A prevalência de cárie em Portugal, entre os 0 e os 6 anos, varia de acordo com a região, mas situa-se entre os 23% e os 33%. (8)

Os bebés e crianças mais suscetíveis a esta doença são aqueles cujos cuidadores não foram educados corretamente para a saúde e hábitos alimentares, aqueles em que os programas de saúde oral foram menos efetivos, são os que apresentam doenças crónicas e recorrentes, os pertencentes a famílias mais desfavorecidas e sem acessos a cuidados de saúde. (6)

## **1.1.2 Prevenção**

Relativamente à prevenção da cárie dentária, há várias estratégias que podem, e devem, ser adotadas pelos indivíduos para se diminuir a incidência e prevalência de lesões na nossa população, com especial ênfase na população infantil. De entre estas estratégias destacam-se a utilização de dentífricos fluoretados, a correta higiene oral e o controlo da dieta. Estes tópicos serão abordados no seguimento deste trabalho.

### **1.1.2.1 Higiene oral**

De acordo com as recomendações da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), os cuidados de higiene oral devem ser iniciados mesmo antes da erupção do primeiro dente, com a higienização e massagem das gengivas com uma gaze húmida, pelo menos uma vez ao dia e de preferência antes de dormir. (4) Assim o bebé tem a oportunidade de se adaptar precocemente aos rituais de higiene oral e possivelmente haverá uma maior aceitação e adesão por parte deste.

Aquando da erupção do primeiro dente, por volta dos 6 meses de vida é recomendado que a higiene oral seja realizada todos os dias, pelos menos duas vezes ao dia, sendo que umas delas tem de ocorrer antes de dormir e após a última refeição, obrigatoriamente. Porém nesta fase inicial não existe propriamente uma última refeição, uma vez que a maior parte dos bebés fazem alimentação noturna. Estas recomendações têm por objetivo estabelecer essencialmente um plano preventivo de manutenção da boa saúde oral. (3)

Relativamente ao material necessário para a realização dos cuidados de higiene oral é recomendado que entre os 0 e os 3 anos se utilize uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia de tamanho pequeno, adequado à cavidade oral do bebé. Entre os 3 e os 6 anos as orientações são de que se utilize uma escova macia, sempre de tamanho adequado. A partir dos 6 anos recomenda-se o uso de uma escova macia ou média, adaptando o seu tamanho à cavidade oral da criança, do jovem e posteriormente do adulto. (3,4)

Pelo menos até aos 6 anos de idade a higiene oral do bebé/ criança deve ser realizada pelos cuidadores e quando a criança adquirir destreza para o fazer corretamente, o papel do cuidador passa a ser de supervisão. (3)

Devido à probabilidade de ingestão de pasta dentífrica pelas crianças, sobretudo pelas de menores idades, as quantidades de pasta dentífrica a usar recomendadas pela DGS devem ser respeitadas. Para crianças entre os 0 e os 6 anos, após a erupção do primeiro dente, deve ser colocada um quantidade de pasta dentífrica semelhante ao tamanho da unha do quinto dedo da criança. A partir dos 6 anos recomenda-se uma quantidade aproximada de um centímetro. Durante a realização da higiene oral, de acordo com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) da DGS, aproximadamente 34% da pasta é ingerida por crianças de 3 anos, 28% por crianças entre o 4 e os 5 anos e 20% por crianças entre o 5 e os 7 anos. (3)

Na literatura estão descritos casos de fluorose tendo como causa principal a ingestão excessiva de flúor, por via sistémica. No entanto devem também evitar-se pastas dentífricas com sabores demasiado agradáveis para a criança, incluindo o sabor a fruta ou a doce, para que esta não queria degluti-las. (9)

Após a escovagem dos dentes com uma pasta dentífrica fluoretada não é de carácter obrigatório o bochecho com água, sendo que o recomendado é cuspir o excesso de pasta (sem enxaguar) que restou na cavidade oral, de modo a haver uma concentração de fluoreto durante um maior intervalo de tempo. (10)

O uso de fio dentário ou escovilhão deve ser usado como coadjuvante à ação da escovagem dos dentes, na medida em que permite uma melhor higienização dos espaços interdentários. Portanto a sua utilização deve ser iniciada o mais cedo possível assim que existirem contactos interproximais entre as faces dos dentes, que se prevê que ocorram por volta dos 24 meses, podendo ser mais precocemente. Entre os oito e os dez anos acredita-se que a criança tenha destreza e autonomia para o realizar, com supervisão dos cuidadores. (4)

### **1.1.2.2 Visita ao Médico Dentista**

A primeira consulta de Medicina Dentária deve ocorrer aquando da erupção dos primeiros dentes decíduos, ou se tal não se verificar, no máximo até ao primeiro ano de vida do bebé. Assim é possível definir um plano preventivo e promover uma boa saúde oral, intervindo em hábitos que possam prejudicar a criança. Posteriormente, estas consultas devem ocorrer com uma periodicidade semestral ou caso se trate de uma criança de elevado risco de cárie devem ocorrer trimestralmente. Porém, se nestes intervalos de

tempo surgir alguma dúvida relativamente à higiene oral, dor, desconforto ou queixas, a ida ao Médico Dentista deve ser o mais breve possível. (4)

Relatos presentes na literatura evidenciam que visitas regulares ao Médico Dentista ajudam a prevenir doenças dentárias, periodontais e gengivais, bem como doenças sistémicas. (11)

A visita da grávida ao Médico Dentista é crucial para garantir a sua saúde oral, bem como geral e impedir o prejuízo do feto. É também importante pelo facto de que nesse momento a futura mãe tem a oportunidade de adquirir as primeiras informações sobre os cuidados de saúde oral infantil. (4)

### **1.1.2.3 Controlo da dieta alimentar**

A qualidade da alimentação é fundamental para a maturação orgânica do ser humano, bem como para a sua saúde física e psicossocial. A correta diversidade na alimentação é a principal forma de assegurar o fornecimento necessário de nutrientes ao organismo, bem como de evitar o consumo excessivo de alimentos pouco saudáveis e de risco para a saúde. (12)

Relativamente à alimentação dos bebés é consensual a importância do aleitamento materno de forma exclusiva até aos 6 meses de idade. (13) De acordo com a OMS, o aleitamento materno exclusivo implica que o lactente receba apenas leite materno e não receba qualquer outro líquido ou sólido, além de gotas ou xarope de vitaminas, suplementos minerais ou fármacos. Por outro lado, se além de leite materno, o lactente receber líquidos não lácteos, incluindo água ou chás sem conteúdo energético, designa-se de aleitamento predominante. Em ambos os casos está-se perante aleitamento materno total. Quando o lactente recebe, além de leite materno, uma fórmula infantil, está-se perante uma situação de aleitamento misto. O aleitamento é parcial quando o bebé recebe leite materno e alimentação complementar. (5,14)

O desejável é que o aleitamento materno exclusivo se mantenha durante os primeiros seis meses de vida do bebé e que prossiga, de forma não exclusiva, durante o período de diversificação alimentar, desde que aceite pelo bebé e progenitora. (15)

Após os primeiros quatro meses de vida do lactente, este adquire uma maior estabilidade a nível maxilar, bem como a nível do pescoço e o padrão primitivo de sucção altera-se, sendo que, geralmente, o bebé nesta idade está preparado para iniciar a diversificação alimentar. No intervalo de tempo entre os 5 e os 8 meses de idade do bebé

há uma transição da sucção para a mastigação e aí desenvolve-se a capacidade mastigatória. (16)

Se a diversificação alimentar não ocorrer até aproximadamente ao décimo mês de vida, há uma maior probabilidade de surgirem repercussões negativas ao nível dos hábitos alimentares em idades superiores, bem como uma maior propensão de se desenvolverem alergias alimentares. (17)

A partir dos seis meses de idade o volume de leite ingerido pelo bebé deixa de suprir as suas necessidades nutricionais, em termos de energia, ferro, proteínas, zinco e vitaminas lipossolúveis. (18)

A introdução de cada novo alimento não tem uma cronologia rígida a cumprir, podendo variar ligeiramente de acordo com a cultura, fatores socioeconómicos e particularidades do próprio bebé, como alergias alimentares. Sabe-se que há um gosto inato pelo doce, contrariamente aos alimentos amargos e como tal deve ter-se o cuidado de equilibrar este aspeto logo no início da diversificação alimentar. (18)

A partir do sexto mês de vida, o desenvolvimento e maturação estrutural e funcional dos rins e aparelho digestivo, bem como o desenvolvimento motor do lactente, contribuem para o início da diversificação alimentar. Cada vez mais se inicia com a introdução de legumes em caldo ou puré. Por outro lado também se pode iniciar com a introdução do cereal, através de farinhas lácteas ou não lácteas, isentas ou não de glúten. (14,15)

A carne pode ser introduzida aos 6 meses de vida, com preferência pelas carnes magras, e o peixe após os 6 meses, começando pelos peixes magros. Esta introdução deve ocorrer no caldo ou puré de legumes. A partir dos oito ou nove meses pode introduzir-se o arroz e massas cozidas. As texturas devem ser cada vez menos homogêneas, com o objetivo de estimular o desenvolvimento mandibular e a mastigação. A inclusão de sal não é recomendada antes do primeiro ano de vida, podendo estar associada a estados de hipertensão arterial em fases posteriores. (19)

Os frutos devem ser introduzidos ao sexto mês de vida, cozidos ou assados e durante a diversificação alimentar deve ser oferecida água várias vezes ao dia. É de realçar que sumos e refrigerantes estão contra-indicados. O leite de vaca deve ser introduzido preferencialmente entre os dois e os três anos de vida, nunca antes dos doze meses. (14)

A partir dos doze meses de vida, a criança deve ser incluída na dieta alimentar familiar. A partir desse momento existe uma maior probabilidade de a criança ter acesso a alimentos ricos em gordura e açúcares prejudiciais à sua saúde. Na literatura não há

evidência da relação entre a idade de introdução dos alimentos e o risco de desenvolvimento de cárie. Porém sabe-se que existe relação entre os hábitos de higiene oral, a ingestão de alimentos cariogénicos e o risco de cárie. (14)

A DGS contra-indica o consumo de doces, guloseimas, refrigerantes e outros alimentos açucarados e ricos em gordura, sobretudo entre refeições, pelo facto de aumentarem a suscetibilidade à cárie dentária. (3)

A literatura relata que o número de vezes que a criança consome alimentos ou bebidas açucaradas está mais relacionado com a propensão ao aparecimento de lesões cariosas do que a quantidade ingerida. (20)

Os alimentos cariogénicos são aqueles que na sua composição contêm hidratos de carbono fermentáveis, como sacarose e amido, que quando em contacto com os microrganismos da flora oral levam a uma redução do pH salivar, conferindo-lhe um forte carácter ácido, o que potencia a desmineralização dos tecidos dentários. A sacarose é o hidrato de carbono mais cariogénico e o amido é considerado não cariogénico para o esmalte, mas moderadamente cariogénico para a dentina. (21,22)

#### **1.1.2.4 Flúor**

A *American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD)* considera que o flúor é um complemento seguro e eficaz na redução do risco de cárie e na diminuição da lesão cariosa, quando esta se encontra já estabelecida, uma vez que promove a remineralização do esmalte dentário. (23)

Atualmente, é aceite pela comunidade científica que efetivamente os fluoretos desempenham uma ação preventiva no aparecimento de cárie dentária, devido à sua capacidade de inibir a desmineralização dos tecidos duros dentários, de promover a sua remineralização e de inibir a atividade bacteriana nas superfícies dentárias. Estes mecanismos ocorrem após a erupção dos dentes, tanto decíduos como definitivos e devem-se ao seu efeito tópico. De acordo com a literatura, o uso diário de pasta dentífrica com uma quantidade de flúor ideal é uma das principais razões do declínio geral das cáries ao longo das últimas décadas, em todo o mundo. (24,25)

A DGS recomenda que a higienização oral seja feita com recurso a uma pasta dentífrica fluoretada com 1000 a 1500 ppm (mg/l) de fluoreto. Contrariamente ao passado, hoje em dia, entre os 0 e os 3 anos não é recomendado nenhum tipo de suplemento sistémico com fluoretos, tal facto deve-se à ligação entre consumo sistémico

de flúor e aparecimento de lesões de fluorose. A partir dos 3 anos, apesar de não recomendado, crianças que apresentem um alto risco de cárie dentária poderão tomar um comprimido, todos os dias, de fluoreto de sódio a 0,25mg. No entanto não é recomendado em nenhuma criança de qualquer idade a administração de fluoretos sistémico se consumirem água com teor de fluoreto superior a 0,3 ppm. (3)

No que diz respeito à ação tópica de fluoretos, esta pode ser conseguida através da utilização de pastas dentífricas e/ ou soluções para bochechar, sem que seja necessária supervisão médica, mas também se pode conseguir em consultório através da aplicação de géis e vernizes de flúor. (1)

A DGS recomenda, no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), que seja feito um bochecho, de modo quinzenal, com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2% em crianças a partir dos 6 anos de idade. (3)

### **1.1.2.5 Selantes de fissuras**

Os selantes de fossas e fissuras constituem uma resina fluida e podem ser aplicados nas superfícies oclusais dos dentes, molares e pré-molares, mais concretamente nos sulcos, fossas e fissuras. Esta adesão da resina às ranhuras da superfície oclusal dos dentes age como uma barreira, isolando de certa forma o esmalte, protegendo-o do contacto com as bactérias e os ácidos. O facto de as depressões da superfície oclusal deixarem de ser tão evidentes (a aplicação do selante torna o dente mais “liso”) faz com que haja uma menor acumulação de detritos de alimentos e um menor desenvolvimento do biofilme bacteriano. (3)

O facto de as depressões da superfície oclusal deixarem de ser tão evidentes (a aplicação do selante torna o dente mais “liso”) faz com que haja uma menor acumulação de detritos de alimentos e um menor desenvolvimento do biofilme bacteriano. Quando ocorre uma perda total, ou até parcial do selante, está recomendada a sua reaplicação, maximizando o carácter preventivo e sua eficácia. (4)

Atualmente sabe-se que os selantes de fissuras, quando colocados em ambiente clínico e quando respeitado todo o protocolo inerente, são altamente eficazes no combate à cárie dentária. Na literatura, encontram-se resultados que demonstram uma redução de 60% dos níveis de cárie, após um intervalo de dois a cinco anos depois da aplicação dos selantes. (3)

Porém, apesar da sua eficácia comprovada e disponibilidade clínica, os selantes de fissuras ainda se encontram subutilizados na prevenção de lesões cariosas.

## **1.2 Risco de cárie**

De acordo com a AAPD, os protocolos de avaliação do risco de cárie são fundamentais na medida em que servem de ferramenta de auxílio aos profissionais de Medicina Dentária e outros profissionais da área da saúde a tomarem decisões sobre o diagnóstico, plano de tratamento mais indicado para o indivíduo em causa e prognóstico. (26)

A avaliação do risco individual de cárie dentária inclui a análise e coordenação de vários fatores sendo eles a evidência clínica de doença, a análise dos hábitos alimentares, a utilização de fluoretos, o controlo da placa bacteriana, o nível socioeconómico da família e a história clínica da criança em causa. Relativamente à evidência clínica de doença, se a criança se apresentar sem lesões de cárie, com nenhum dente perdido devido a cárie e com poucas ou nenhuma obturações, encontra-se numa situação de baixo risco. Porém se apresentar lesões activas de cárie, extrações devido a cárie, duas ou mais obturações e aparelho fixo de ortodontia já se encontra numa situação de alto risco. Relativamente à análise dos hábitos alimentares, se a criança ingerir de forma pouco frequente alimentos açucarados, remete-se para um baixo risco de cárie. Mas se ingerir de modo frequente alimentos açucarados, sobretudo entre as refeições encontra-se numa situação de alto risco. No que diz respeito à utilização de fluoretos se a criança usa de forma regular um dentífrico fluoretado, está num nível de baixo risco de cárie, mas se, por outro lado, não utiliza de forma frequente um dentífrico fluoretado está numa situação de alto risco de cárie. Quanto ao controlo da placa bacteriana se a criança usufrui de uma escovagem pelo menos duas vezes ao dia com dentífrico adequado, remete-se para uma situação de baixo risco, mas se ao invés não escova os dentes ou se a escovagem é pouco eficaz já se encontra num patamar de alto risco de cárie. Se o nível socioeconómico da família da criança é médio ou alto esta está numa situação de baixo risco de cárie, porém se é baixo tem alto risco. E por último, relativamente à história clínica da criança se esta não apresentar problemas de saúde nem fizer medicação crónica está numa situação de baixo risco de cárie. Por outro lado, se é portadora de uma deficiência física ou mental, se faz medicação de forma prolongada, se possui uma doença crónica e se sofre de

xerostomia já se encontra num patamar de alto risco de cárie. As crianças que não se enquadram nem numa situação nem noutra, possuem um risco individual de cárie moderado. (3,27)

### **1.2.1 Medicamentos líquidos pediátricos**

Os bebés e as crianças portadoras de doenças crónicas vêm-se obrigados a incluir no seu quotidiano medicação, que fazem de forma prolongada ao longo da sua vida. Geralmente estas crianças estão mais propensas a um maior risco de cárie, uma vez que as formulações pediátricas incluem quantidades significativas de açúcares de modo a marcar o seu sabor menos agradável, facilitando a adesão ao tratamento. Por outro lado, também as crianças que frequentemente desenvolvem as mais diversas doenças agudas apresentam um maior risco de cárie dentária, devido à ingestão de medicação pediátrica. Para melhorar o sabor das formulações pediátricas podem ser também adicionados ácidos aos medicamentos, como o ácido cítrico, o que lhes confere um potencial erosivo do esmalte. A estas crianças devem ser prescritos, sempre que possível, medicamentos com isenção de açúcares. A frequência e o momento de administração, noturno ou diurno, a falta de higiene oral após a ingestão e a diminuição do fluxo salivar provocados por alguns deste medicamentos são fatores associados ao risco de cárie. Os médicos assistentes destas crianças, Pediatras e Médicos Dentistas devem alertar os pais e responsáveis pelas crianças de quais os cuidados a ter para evitar ou minimizar estas consequências. (28–30)

### **1.3 Hábitos: biberão e chupeta**

Há relatos na literatura de que o uso prolongado de chupeta e biberão, sobretudo depois dos 12 meses de idade, podem estar associados a um maior risco de cárie, essencialmente quando transportam leite ou líquidos açucarados, mel e xaropes, antes de dormir e durante o sono, períodos em que o fluxo salivar é mais reduzido e geralmente os cuidadores não realizam a higiene oral da criança após terem estes comportamentos. Isto aumenta o tempo de permanência destes alimentos em redor das superfícies dentárias, proporcionando uma maior suscetibilidade à cárie dentária. Por outro lado, a manutenção de hábitos de sucção não nutritiva como o uso da chupeta além dos 3 anos de idade pode ser prejudicial, uma vez que a criança vai perdendo a capacidade de auto-correção de

desarmonias que tenham surgido a nível dentário e no desenvolvimento das arcadas. O uso biberão deve ser abandonado até aos 12 meses de vida por estar associado a uma maior propensão à Cárie Precoce de Infância. (4,31)

## **1.4 Cronologia de erupção: dentição decídua**

A erupção dentária representa um processo fisiológico que inclui toda a movimentação realizada pelo dente desde a sua formação até que atinja uma posição funcional na cavidade oral. (32)

A sintomatologia associada à erupção dentária ainda é um assunto controverso, entre pais, médicos assistentes, Pediatras e Médicos Dentistas. Porém é bastante comum o relato de surgimento de febre, irritabilidade do bebé, diarreia, perda do apetite, alteração no sono, sialorreia, entre outros. Esta etapa representa um período marcante na vida da criança e todos os sinais e sintomas devem ser sinalizados e tidos em consideração, tanto pelos cuidadores como pelos profissionais de saúde, de modo a evitar ao máximo o desconforto do bebé e criança. A cronologia de erupção da dentição decídua pode sofrer variações, devido à interação de diversos fatores tais como a etnia da criança, a cultura, o estado de nutrição, o género, fatores genéticos, o facto de ter tido ou não um nascimento prematuro, a dieta e as condições sistémicas inerentes à criança. Porém ainda existem poucas evidências de qual a influência exata de cada um destes fatores na cronologia de erupção dentária. (33)

De acordo com a tabela de cronologia de erupção preconizada pela AAPD, o início da erupção está previsto entre os 5 e os 8 meses, com os incisivos centrais inferiores; entre o 6º e o 10º mês devem erupcionar incisivos centrais superiores; entre o 7º e o 10º mês de vida devem erupcionar os incisivos laterais superiores; os incisivos laterais inferiores devem erupcionar entre os 8 e os 12 meses; os primeiros molares devem erupcionar entre os 11 e os 18 meses; os caninos, tanto superiores como inferiores devem erupcionar entre o 16º e o 20º mês de vida do bebé; e por último, os segundos molares devem erupcionar entre o 20º e o 30º mês de vida da criança. (34) (35)

Relativamente à tabela de cronologia de erupção preconizada no Livro “Dentistry for the Child and Adolescent, McDonald and Avery’s”, a erupção inicia-se aos 6 meses de vida e está aos 24 meses. Os incisivos centrais inferiores devem erupcionar aos 6 meses; os incisivos laterais inferiores devem erupcionar ao 7º mês; os incisivos centrais

superiors devem erupcionar aos 7 meses e meio; os incisivos laterais superiores devem erupcionar ao 9º mês de vida; os primeiros molares inferiores aos 12 meses; os primeiros molares superiores ao 14º mês; os caninos inferiores aos 16 meses; os caninos superiores aos 18 meses; os segundos molares inferiores ao 20º mês de vida; e por último, os segundos molares superiores aos 24 meses. (36)

## **II. Objetivos**



## **2.1 Objetivo geral**

Sendo a infância um período decisivo e crucial no desenvolvimento físico e psicológico dos bebês e crianças, assim como na aquisição de todo o tipo de hábitos pelos mesmos, este estudo tem como objetivo geral perceber quais os cuidados que os pais/ tutores têm para com os seus bebês/ crianças a nível da alimentação e cuidados de higiene oral e avaliar também quais os cuidados que têm para consigo próprios, analisando a existência de possíveis inconsistências.

## **2.2 Objetivos específicos**

Como objetivos específicos identificam-se os seguintes:

1. Compreender se as medidas preconizadas no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral estão a ser divulgadas pelos profissionais de saúde e verificar se o aconselhamento aos pais/ tutores sobre os seus bebês/ crianças está a ser efetivamente realizado e por quem;
2. Avaliar quais os conhecimentos dos pais/ tutores relativamente a hábitos de higiene oral e avaliar se os pais/ tutores realizam a higiene oral do bebé/ criança;
3. Nos casos em que seja a mãe do bebé/ criança a responder ao questionário, avaliar se esta recorreu ao Médico Dentista durante a gravidez e se nessa consulta houve alguma preocupação por parte do profissional em transmitir informação sobre a higiene oral do bebé;
4. Avaliar quais os cuidados de higiene oral dos pais/ tutores para consigo próprios; se estes recorrem ao Médico Dentista e quais os motivos;
5. Avaliar se os pais/ tutores têm conhecimento da existência de Cárie Precoce de Infância e verificar se no quotidiano do bebé/ criança estão presentes fatores predisponentes da mesma;
6. Avaliar se existe alguma relação entre os hábitos de higiene oral dos pais/ tutores e os hábitos de higiene oral dos bebês/crianças;

7. Avaliar qual a importância dada pelos pais/ tutores aos cuidados de higiene oral e de alimentação do bebé/ criança e se atribuem maior importância à dentição definitiva do que à dentição decídua;
8. Avaliar se os pais/ tutores sabem a quantidade de flúor presente na pasta dentífrica do bebé/ criança;
9. Verificar se os pais/ tutores recorrem ao Médico Dentista com o seu bebé/ criança de acordo com o aconselhado; se não o fazem quando o pretendem fazer e se já o fizeram avaliar qual o motivo;
10. Avaliar se a preocupação dos pais/ tutores relativamente à higiene oral do bebé/ criança aumenta com o avançar da idade da mesma;
11. Perceber se os pais/ tutores consideram que cuidados de higiene oral insuficientes ou inexistentes para com o seu bebé/ criança prejudicam a sua saúde oral e geral;
12. Avaliar qual o impacto da qualidade dos cuidados de higiene oral na dentição do bebé/criança;
13. Avaliar a prevalência de cárie (ceod e cpod) em bebés/ crianças entre os 0 e os 6 anos e verificar se existe alguma relação possível com a alimentação do bebé/ criança;
14. Compreender qual a relação entre o nível sócio-económico dos pais/ tutores e as informações e cuidados de higiene oral e de alimentação que os pais/ tutores têm para com o bebé/ criança e para consigo próprios;
15. Analisar quais os dentes presentes na cavidade oral do bebé/ criança, até aos 30 meses, e relacionar com as idades determinadas pelas tabelas de cronologia de erupção dentária;
16. Sensibilizar os pais/ tutores e a própria criança, quando esta já é capaz de compreender, sobre a importância de uma boa saúde oral, instruindo-os acerca da correta higienização oral;
17. Incentivar os pais/ tutores a visitarem o Médico Dentista por rotina e a fazerem o mesmo com o seu bebé/ criança.

### **III. Material e Métodos**



### **3.1 Tipo de estudo**

Realizou-se um estudo epidemiológico observacional transversal descritivo que avaliou os cuidados de higiene oral e de alimentação que os pais/ tutores têm para com os seus bebés/ crianças, bem como os comportamentos de saúde oral praticados pelos próprios. Avaliaram-se também os dentes presentes na cavidade oral, o Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) para a dentição permanente e o Índice de dentes cariados, extraídos e obturados (ceod) para a dentição decídua, de uma amostra de bebés/ crianças entre os 0 e os 6 anos.

### **3.2 Amostra**

Neste estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência, ou seja, obtiveram-se os dados do maior número possível de utentes entre os 0 e os 6 anos e respetivos pais/ tutores, que frequentassem a consulta de saúde infantil na Unidade de Saúde Familiar Rio Dão, Santa Comba Dão, ou que recorressem a esta por motivos de doença aguda no período compreendido entre Outubro de 2016 e Fevereiro de 2017.

### **3.3 Procedimentos éticos e legais**

Garantiu-se o anonimato e confidencialidade de todos os dados recolhidos, tanto no questionário como na ficha clínica. Também foi salvaguardado que os dados obtidos serão utilizados apenas com uma finalidade estritamente científica. Cada pai/ tutor assinou uma declaração de consentimento informado, livre e esclarecido (anexo I), após leitura e compreensão da mesma.

A recolha de dados foi realizada por uma só operadora, eliminando quaisquer diferenças protocolares e mantendo a concordância dos resultados.

### **3.4 Recolha de Dados**

Foi critério de inclusão a declaração de consentimento informado ser assinada pelo pai/ mãe/ tutor e a idade do bebé/ criança estar compreendida entre os 0 e os 6 anos.

Preencheu-se um questionário, anotaram-se os dentes presentes na cavidade oral do bebé/ criança e determinou-se o Índice CPOD para a dentição permanente e o Índice ceod para a dentição decídua.

### **3.5 Protocolo e material utilizado**

Em cada pai/ mãe/ tutor e respetivo bebé/ criança realizou-se:

- Uma breve explicação e esclarecimento sobre o estudo em questão, sobre o preenchimento da declaração de consentimento informado (anexo I) e relativamente ao questionário e ficha clínica;
- Preenchimento do questionário por meio de entrevista (anexo II), pela autora da monografia;
- Exame clínico intra-oral ao bebé/ criança para a recolha dos dados correspondentes aos dentes presentes na sua cavidade oral, ao Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) para a dentição permanente e ao Índice de dentes cariados, extraídos e obturados (ceod) para a dentição decídua, procedendo-se ao preenchimento da ficha de registo (anexo III);
- Uma breve explicação ao pai/ mãe/ tutor sobre o estado de saúde oral do bebé/ criança; promoção da correta higiene oral; e incentivo à visita ao Médico Dentista.

Os materiais utilizados para a realização do exame intra-oral foram os seguintes:

- Luvas e máscara de proteção individual;
- Kit de observação básico por cada bebé/ criança:
  - a) Espelho intra-oral;
  - b) Sonda intra-oral exploradora;
  - c) Compressas.
- Fonte de luz artificial – lanterna.

## Questionário

O questionário foi elaborado pela autora desta monografia, sendo constituído por 76 questões (6 de resposta aberta e 70 de resposta fechada).

Foi dividido em 5 partes distintas:

**1ª parte:** Esta secção inclui dados pessoais e a caracterização sociodemográfica do pai/ mãe/ tutor. Abrange perguntas sobre a idade, género, área de residência, grau de parentesco para com o bebé/ criança e habilitações literárias.

**2ª parte:** Esta secção inclui os hábitos do pai/ mãe/ tutor relativos aos cuidados de higiene oral e informações sobre a sua saúde oral. Abrange perguntas sobre os momentos do dia em que realiza a sua higiene oral, como a realiza e que material usa para tal; questiona se no último ano visitou o Médico Dentista, quantas vezes e qual o motivo; inclui perguntas sobre quantos dentes já lhe foram extraídos e quantos dentes cariados lhe foram tratados.

**3ª parte:** Esta secção inclui a importância que os pais/ tutores atribuem aos cuidados de higiene oral do bebé/ criança e à sua dentição; permite avaliar se a promoção de saúde oral e aconselhamento aos pais/ tutores sobre higiene oral e cárie dentária está a ser realizada corretamente e quem o está a fazer; averigua quais os motivos que os pais/ tutores consideram como válidos para recorrer com o bebé/ criança ao Médico Dentista. Inclui perguntas sobre o conhecimento ou não da Cárie Precoce de Infância e quem transmitiu essa informação; perguntas sobre qual a importância que atribuem aos hábitos de higiene oral do bebé/ criança e à dentição decídua e definitiva; no caso de o questionário ser aplicado à mãe do bebé/ criança interroga se esta visitou o Médico Dentista durante a gravidez e se nessa mesma consulta recebeu informação sobre a higiene oral do bebé; questiona também se os pais/ tutores já receberam informação de como devem realizar a higiene oral do bebé/ criança e qual o material necessário.

**4ª parte:** Esta secção inclui a caracterização do bebé/ criança. Abrange perguntas sobre a idade, género e área de residência.

**5ª parte:** Esta secção inclui os hábitos do bebé/ criança relativamente à alimentação e higiene oral; a frequência e a forma como é realizada a higiene oral do bebé/ criança; as suas visitas ao Médico Dentista e o motivo das mesmas. Abrange perguntas sobre quais sobre os momentos do dia em que é realizada a sua higiene oral, como é realizada e que

material é usado para tal; questiona se o bebé/ criança já visitou o Médico Dentista, quantas vezes e qual o motivo; e se não visitou a que idade é que o pai/ mãe/ tutor tenciona levá-lo.

O questionário foi preenchido por meio entrevista, pela autora desta monografia.

A ficha clínica de registo foi preenchida através da observação intra-oral realizada pela autora desta monografia, foram registados quais os dentes presentes na cavidade oral do bebé/ criança e foi preenchido o Índice CPOD para a dentição permanente e o Índice ceod para a dentição decídua, com o objetivo de avaliar a presença de cárie.

### **Exame Dentário – Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) (dentição permanente) e Índice de dentes cariados, extraídos e obturados (ceod) (dentição decídua)**

O Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) e o Índice de dentes cariados, extraídos e obturados (ceod), recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), são usados em estudos epidemiológicos para determinar o índice de cárie. O Índice CPOD e o Índice ceod são de carácter quantitativo, pois não abrangem a extensão, não fazendo menção ao número de superfícies dentárias cariadas, perdidas e obturadas.

O preenchimento do Índice CPOD e/ ou ceod foi efetuado através da inspeção visual e tátil de cada peça dentária. Para tal utilizou-se uma fonte luminosa, anteriormente à inspeção secou-se cada superfície dentária com uma compressa e utilizou-se um espelho intra-oral e uma sonda exploradora. A sonda exploradora foi passada levemente sobre todas as superfícies dentárias, de modo a perceber a sua textura e integridade. Todas as peças dentárias foram analisadas, seguindo-se sempre a mesma sequência: 1.º quadrante; 2.º quadrante; 3.º quadrante; 4.º quadrante. Cada dente foi avaliado individualmente e recebeu apenas uma classificação. No caso de existir um dente permanente e um dente decíduo no mesmo espaço, apenas o dente permanente foi classificado. Os dentes decíduos que já não estavam presentes na cavidade oral não foram contabilizados como extraídos.

Os códigos utilizados para o registo foram os seguintes:

**Código 0 (dentição permanente) ou código A (dentição decídua)** - Dente hígido: quando não há evidência de cárie nem sinais de tratamento; se o dente apresenta manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas resistentes à pressão da sonda; sulcos e fissuras de esmalte pigmentadas, mas com ausência de sinais de base amolecida; dentes com lesões de abrasão e abração; áreas de esmalte brilhantes, escuras, duras e fissuradas de um dente com fluorose moderada ou severa; estágios iniciais de cárie;

**Código 1 (dentição permanente) ou código B (dentição decídua)** - Dente cariado: quando num sulco, fissura ou superfície lisa é evidente a presença de cavidade ou tecido amolecido na base, ou descoloração do esmalte, ou uma restauração provisória; com o auxílio da sonda confirma-se a evidência visual;

**Código 2 (dentição permanente) ou código C (dentição decídua)** - Dente restaurado mas cariado: quando o dente estava restaurado e apresentava uma cárie ou quando apresentava várias restaurações permanentes, com uma ou mais áreas de cárie. Quando o dente estava com restauração provisória;

**Código 3 (dentição permanente) ou código D (dentição decídua)** - Dente restaurado e sem cárie: se o dente se encontra com restaurações definitivas e não há a existência nem de cárie primária nem recidiva; se o dente possui uma coroa como reabilitação da ação da cárie; porém se a colocação da coroa se deve ao suporte de prótese, o dente já é codificado com o código 7 ou G;

**Código 4 (dentição permanente) ou código E (dentição decídua)** - Dente ausente devido a cárie: se dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões; nos dentes decíduos aplica-se apenas quando o indivíduo está numa faixa etária em que a exfoliação natural não é justificção válida suficiente para a sua ausência;

**Código 5** - Dente ausente por outra razão: quando a ausência do dente se deve a razões ortodônticas, periodontais, congénitas ou a traumatismo;

**Código 6 (dentição permanente) ou código F (dentição decídua)** - Selante: se está presente um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito; porém se o dente possui um selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B;

**Código 7 (dentição permanente) ou código G (dentição decídua)** - Apoio de ponte ou de coroa ou implante: se um dente é parte de uma prótese fixa; também utilizado para coroas colocadas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas por motivos estéticos;

**Código 8** - Dente não erupcionado: se o dente permanente ou decíduo ainda não está erupcionado, considerando a cronologia da erupção dentária; porém não inclui problemas congênitos;

**Código T** – Traumatismo (fratura): se parte da superfície coronária se perdeu devido a trauma e não há sinais de cárie;

**Código 9** – Dente não registado: aplica-se em dentes permanentes quando não é possível examiná-los, devido à presença de bandas ortodônticas, hipoplasia severas, entre outros..

### **3.6 Análise estatística**

Recorreu-se ao programa Statistical Package for the Social Sciences ®(SPSS), versão 21.0, para se realizar o processamento e análise dos dados recolhidos

As variáveis em estudo foram analisadas individualmente. Para as variáveis de medida ordinal e nominal, fez-se uma análise univariada, determinando-se a frequência absoluta e as percentagens. De modo a verificar a possível existência, ou não, de relações significativas entre duas variáveis qualitativas, foi aplicado o Teste Qui-Quadrado da independência ou o Teste de Correção de Continuidade, quando o anterior não podia ser usado. Como ambos os testes requerem que determinados requisitos sejam cumpridos para que possam ser aplicados houve a necessidade de recodificar algumas variáveis qualitativas.

Para se analisar o Índice ceod, que é uma variável quantitativa, utilizaram-se testes não paramétricos, incluindo o Teste mann-Whitney e o Teste Kruskal-Wallis.

Em todos os testes referidos utilizou-se um nível de significância de 5% ( $5\%=0.05$ ).

## **IV. Resultados**



## **4.1 Resultados do questionário**

### **4.1.1 Caracterização do responsável pelo bebê/ criança presente na consulta**

A maioria (80,6%) (n=83) dos responsáveis pelos bebês/ crianças incluídas neste estudo apresentavam idade compreendida entre os 25 e os 40 anos. A minoria destes, 6,8% (n=7), apresentavam idade inferior a 25 anos. Os restantes responsáveis, 12,6% (n=13), tinham idade superior a 40 anos.

82,5% (n=85) dos responsáveis pelo bebê/ criança pertenciam ao género feminino e 17,5% (n=18) pertenciam ao género masculino.

A maioria dos responsáveis, 51,5%, tinha como área de residência a aldeia, a minoria, 3,9%, habitava numa vila e os restantes responsáveis, 44,7%, moravam na cidade.

82,5% (n=85) dos responsáveis presentes na consulta com o bebê/ criança eram a mãe dos mesmos, 15,5% (n=16) eram pais e 1,9% (n=2) eram avós.

A maioria dos responsáveis pelos bebês/ crianças, 47,6%, tinha habilitações literárias compreendidas entre o 10º e o 12º ano, 29,1% dos adultos tinha escolaridade entre o 5º e o 9º ano, apenas 14,6% dos responsáveis tinha como habilitações literárias o ensino superior, e 8,7% dos adultos tinham escolaridade igual ou inferior ao 4º ano.

### **4.1.2 Hábitos do responsável pelo bebê/ criança presente na consulta**

A maioria dos responsáveis pelos bebês/ crianças incluídas neste estudo, 75,7%, afirmaram lavar os dentes todos os dias, porém 24,3% negou fazê-lo.

6,8% dos responsáveis mencionaram lavar sempre os dentes de manhã, antes do pequeno almoço; 2,9% revelaram fazê-lo às vezes; e 90,3% dos adultos afirmaram nunca o fazer.

A maioria dos responsáveis, 43,7%, afirmou lavar sempre os dentes de manhã, depois do pequeno-almoço; 15,5% dos responsáveis mencionou fazê-lo às vezes; e 40,8% dos adultos referiu não lavar os dentes de manhã, depois do pequeno-almoço.

A grande maioria, 98,1%, dos responsáveis pelos bebês/ crianças afirmou não lavar os dentes de manhã, depois do lanche da manhã; porém 1,9% referiu fazê-lo.

Também a maioria dos responsáveis, 77,7%, revelou não lavar os dentes depois do almoço; apenas 10,7% afirmou lavar sempre os dentes depois do almoço; e 11,7% mencionou realizar essa tarefa às vezes.

A totalidade dos responsáveis, 100,0%, afirmou não lavar os dentes depois do lanche da tarde.

3,9% dos adultos revelou lavar sempre os dentes depois de jantar e antes da ceia da noite; 4,9% dos responsáveis mencionaram fazer o mesmo que os anteriores, mas às vezes; e 91,3% afirmaram não o fazer.

A maioria dos responsáveis, 55,3%, afirmou lavar sempre os dentes depois da ceia da noite, não ingerindo nenhum alimento depois disso; 33,0% referiu fazê-lo às vezes; e 11,7% dos adultos mencionou não lavar os dentes depois da ceia da noite, antes de dormir.

Tal como se pode observar na Tabela 1, a maioria dos responsáveis, 55,0%, relatou que usava apenas escova e pasta dentífrica para realizar a sua higiene oral; contrastando com a minoria, 5,0%, que afirmou usar escova, pasta dentífrica, fio dentário/ escovilhão e elixir.

**Tabela 1: Material usado pelo responsável para realizar a sua própria higiene oral**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Usa escova e pasta dentífrica</b>	55	55,0
<b>Usa escova, pasta dentífrica e elixir</b>	28	28,0
<b>Usa escova, pasta dentífrica e fio dentário/ escovilhão</b>	12	12,0
<b>Usa escova, pasta dentífrica, fio dentário/ escovilhão e elixir</b>	5	5,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Ausência de resposta</b>	3	
<b>Total</b>	103	

A totalidade dos responsáveis, 100,0%, negou saber qual a quantidade de flúor da sua pasta dentífrica.

Quando questionados sobre qual a quantidade de pasta dentífrica que colocavam na escova, 53,5% dos responsáveis afirmou preencher todo o comprimento da escova e 46,5% mencionou colocar uma quantidade inferior ao comprimento da escova.

A grande maioria dos responsáveis pelos bebês/ crianças, 98,0%, afirmou bochechar com água após escovar os dentes, enquanto que apenas 2,0% referiram não o fazer.

68,0% (n=70) dos adultos referiu ter visitado o seu Médico Dentista no último ano, porém 32,0% afirmou não o ter feito. Dos responsáveis que referiram ter visitado o seu Médico Dentista no último ano, 25,7% afirmaram tê-lo feito uma vez, 17,1% duas vezes, 17,1% três vezes e 40,0% mencionaram tê-lo feito mais do que três vezes (Tabela 2).

**Tabela 2: Número de vezes que o responsável pelo bebé/ criança visitou o Médico Dentista no último ano**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Uma vez</b>	18	25,7
<b>Duas vezes</b>	12	17,1
<b>Três vezes</b>	12	17,1
<b>Mais do que três vezes</b>	28	40,0
<b>Total</b>	70	100,0

Dos responsáveis que afirmaram ter visitado o seu Médico Dentista no último ano, a maioria, 47,1%, afirmou que o motivo foi tratamento de cárie dentária e 38,6% dos adultos referiram que recorreram à consulta de Medicina Dentária por rotina (incluiu destartarização); os restantes tiveram como motivo a realização de prótese removível, o cheque dentista da grávida, outro motivo ou a colocação de implantes dentários (Tabela 3).

**Tabela 3: Motivo pelo qual o responsável pelo bebé/ criança visitou o Médico Dentista no último ano (caso tenha visitado)**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Rotina (incluindo destartarização)</b>	27	38,6
<b>Cárie dentária</b>	33	47,1
<b>Realização de Prótese Removível</b>	3	4,3
<b>Colocação de implantes dentários</b>	1	1,4
<b>Cheque Dentista da Grávida</b>	3	4,3
<b>Outro</b>	3	4,3
<b>Total</b>	70	100,0

A maioria dos responsáveis, 67,0% (n=69), referiu que já lhe tinha sido extraído algum dente (excluindo terceiros molares), porém 33,0% (n=34) afirmou que nunca lhe tinha sido feita nenhuma extração dentária. Dos adultos que referiram já lhe ter sido feita alguma extração dentária, 27,9% mencionou que lhe tinha sido extraído 1 dente, 47,1% afirmou que lhe tinham sido extraídos entre 2 a 4 dentes e 25,0% indicou que lhe tinham sido extraídos mais de 4 dentes. A grande maioria dos responsáveis, 94,1%, relatou que as extrações dentárias foram devidas a cárie dentária; 1,5% dos adultos afirmou que as extrações foram consequência de fraturas dentárias e os restantes, 4,4%, mencionou outro motivo.

A maior parte dos responsáveis pelos bebés/ crianças, 90,3% (n=93) revelou já lhe terem sido tratados dentes cariados e 9,7% (n=10) referiu o contrário.

Tal como se pode verificar na Tabela 4, a maioria dos responsáveis, 47,3%, revelou já lhe terem sido tratados entre 2 a 4 dentes cariados.

**Tabela 4: Número de dentes cariados tratados ao responsável pelo bebé/ criança**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>1 dente</b>	18	19,4
<b>2-4 dentes</b>	44	47,3
<b>&gt;4 dentes</b>	27	29,0
<b>Não sabe</b>	4	4,3
<b>Total</b>	93	100,0

#### **4.1.3 Conhecimentos e informações do responsável pelo bebé/ criança presente na consulta sobre a higiene oral e dentição destes e importância que atribuem à temática**

Dos responsáveis que eram mães e progenitoras dos bebés/ crianças (n=84), 65,5% (n=55) afirmou ter visitado o seu Médico Dentista durante a gravidez e 34,5% (n=29) referiu não o ter feito. Das mães e progenitoras que visitaram o seu Médico Dentista durante a gravidez, 7,4% destas referiu ter recebido nessa consulta informações acerca de como deveriam iniciar a higiene oral do bebé e 92,6% afirmou o contrário.

73,8% (n=76) dos responsáveis declararam não ter conhecimento da existência da Cárie Precoce de Infância, enquanto que 26,2% (n=27) mencionaram ter esse conhecimento.

Tal como se pode observar na Tabela 5, dos responsáveis que tinham conhecimento da existência da Cárie Precoce de Infância, a maioria, 53,8%, afirmou ter recebido essa informação através do Médico Dentista. É de realçar que, com a mesma percentagem de respostas (11,5%) surgem as consultas no Centro de Saúde e o conhecimento pessoal de algum caso.

**Tabela 5: Fontes de informação do responsável sobre a existência de Cárie Precoce de Infância**

	Frequency	Valid Percent
<b>Médico-Dentista</b>	14	53,8
<b>Consultas no Centro de Saúde</b>	3	11,5
<b>Médico Pediatra</b>	1	3,8
<b>Familiar</b>	1	3,8
<b>Internet/ Revistas/ Panfletos</b>	2	7,7
<b>Conhece algum caso</b>	3	11,5
<b>Outro</b>	2	7,7
<b>Total</b>	26	100,0
<b>Ausência de resposta</b>	1	
<b>Total</b>	27	

De acordo com a Tabela 6, a maioria dos responsáveis, 85,4% (n=88) considerou os hábitos de higiene oral do bebé/ criança como extremamente importantes (nível 5).

**Tabela 6: Importância que o responsável atribui aos hábitos de higiene oral do bebé/ criança numa escala de 1 a 5, sendo 1 sem importância e 5 extremamente importante**

	Frequência	Percentagem
<b>1</b>	2	1,9
<b>2</b>	1	1,0
<b>3</b>	1	1,0
<b>4</b>	11	10,7
<b>5</b>	88	85,4
<b>Total</b>	103	100,0

A maioria dos responsáveis, 59,2% (n=61), afirmou não ter recebido informação de como deveria realizar a higiene oral do bebê/ criança nem qual o material necessário de acordo com a idade, ao contrário de 40,8% (n=42) que referiram já ter recebido essa informação. Como se pode constatar pela Tabela 7, dos responsáveis que afirmaram ter recebido informações relativamente à higiene oral do bebê/ criança 45,2% mencionaram ter tido acesso a essas informações nas consultas no seu Centro de Saúde, 26,2% referiram ter recebido essas informações na consulta de Medicina Dentária e os restantes através de outra fonte.

**Tabela 7: Fontes de informação do responsável sobre como deve realizar a higiene oral do bebê/ criança e qual o material necessário de acordo com a idade (caso tenha recebido essa informação)**

	Frequência	Percentagem
<b>Médico Dentista</b>	11	26,2
<b>Consultas no Centro de Saúde</b>	19	45,2
<b>Médico Pediatra</b>	4	9,5
<b>Familiar</b>	2	4,8
<b>Internet/ Revistas/ Panfletos</b>	3	7,1
<b>Outro</b>	3	7,1
<b>Total</b>	42	100,0

A maioria dos responsáveis, 78,6% (n=81) atribuiu extrema importância à dentição do bebê/ criança, dentição decídua, numa de escala de 1 a 5 em que 1 representava sem importância e 5 extrema importância (Tabela 8).

**Tabela 8: Importância que o responsável atribui à dentição do bebê/ criança (dentição decídua), dentição temporária, numa escala de 1 a 5, sendo 1 sem importância e 5 extremamente importante**

	Frequência	Percentagem
<b>2</b>	1	1,0
<b>3</b>	2	1,9
<b>4</b>	19	18,4
<b>5</b>	81	78,6
<b>Total</b>	103	100,0

A maior parte dos responsáveis, 82,8%, considerou que deve haver um maior cuidado com a higiene oral do bebé/ criança com o avançar da idade, ao contrário de 17,2% que respondeu negativamente.

A maioria dos responsáveis, 82,5%, negou atribuir maior importância aos dentes do adulto, sendo uma dentição definitiva, do que aos dentes do bebé/ criança, sendo uma dentição temporária; a minoria, 17,5% mencionou atribuir maior importância à dentição definitiva.

Relativamente aos motivos que os pais/ tutores consideraram como válidos para recorrerem com o bebé/ criança à consulta de Medicina Dentária: 84,3% dos responsáveis mencionaram que a erupção dentária, tanto dos dentes decíduos como dos definitivos, não era um motivo válido; 70,6% dos responsáveis afirmaram que esclarecer dúvidas sobre a higiene oral do bebé/ criança não representava um motivo válido; 87,3% dos responsáveis considerou que recorrer ao Médico Dentista com o bebé/ criança por rotina era um motivo válido; 94,1% dos responsáveis afirmou que dor de dentes e/ ou gengivas era um motivo válido; 95,1% dos responsáveis considerou que cárie dentária é um motivo válido para levarem o bebé/ criança ao Médico Dentista; 90,2% dos responsáveis referiu que dentes escurecidos ou com manchas são um motivo válido; 78,4% dos responsáveis considerou que a dificuldade em eliminar o hábito de sucção na chupeta não era um motivo válido; 77,5% dos responsáveis mencionou que a dificuldade em eliminar o hábito de sucção nos dedos não era um motivo válido; 61,8% dos responsáveis considerou dentes aparentemente mal posicionados como um motivo válido.

#### 4.1.4 Caracterização da amostra (bebés/ crianças)

A amostra foi constituída por 103 bebés/ crianças, com idade compreendida entre os 0 e os 6 anos (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição da idade dos bebés/ crianças (em meses)

	Frequência	Percentagem
[0-3[	9	8,7
[3-6[	3	2,9
[6-9[	4	3,9
[9-12[	5	4,9

[12-15[	6	5,8
[15-18[	6	5,8
[18-21[	3	2,9
[21-24[	4	3,9
[24-27[	5	4,9
[30-33[	5	4,9
[33-36[	1	1,0
[36-48[	10	9,7
[48-60[	14	13,6
[60-72[	16	15,5
[72-84[	12	11,7
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>

50,5% (n=52) dos bebês/ crianças pertenciam ao género feminino e 49,5% (n=51) pertenciam ao género masculino.

Foi referido pelos responsáveis a existência de patologia crónica em 8 bebês/ crianças (7,8%). Foi também mencionado que estes bebês/ crianças (7,8%) faziam medicação crónica.

A maioria dos bebês/ crianças, 50,5%, tinha como área de residência a aldeia, a minoria, 3,9%, habitava numa vila e os restantes, 45,6%, moravam na cidade.

#### **4.1.5 Hábitos do bebé/ criança**

Relativamente à alimentação dos bebês/ crianças incluídos neste estudo, o leite materno exclusivo fazia parte do quotidiano de 10,7% dos bebês/ crianças, ao contrário de 89,3%. Constatou-se que nenhum bebé/ criança tinha como alimentação o leite adaptado exclusivo. Também para a totalidade dos bebês/ crianças, 100,0%, se verificou que não se alimentavam com leite materno e leite adaptado em alternância. O consumo de leite materno não exclusivo fazia parte da alimentação de 10,7% dos bebês/ crianças, contrariamente a 89,3% destes. No que diz respeito ao consumo de leite adaptado não exclusivo, constatou-se que 10,7% dos bebês/ crianças o faziam, contrariamente a 89,3%

destes. O leite de origem animal estava presente na alimentação de 68,0% dos bebês/crianças e não estava presente em 32,0%.

87,4% dos bebês/crianças tinham a sopa presente na sua alimentação.

60,2% dos bebês/crianças consumiam papa.

A maioria dos bebês/crianças, 86,4%, consumia fruta.

Também a maioria dos bebês/crianças, 84,5%, tinha presente na sua alimentação carne e/ou peixe.

A maior parte dos bebês/crianças, 84,5%, consumia arroz e/ou massa e/ou batatas.

A maior parte dos bebês/crianças, 73,8%, tinha presente no seu cotidiano as guloseimas.

40,8% (n=42) dos bebês/crianças usava chupeta na data em que os responsáveis foram inquiridos.

Dos bebês/crianças que não usavam chupeta (n=61), 60,7% (n=37) tinha usado no passado e 39,3% (n=24) nunca tinha usado no passado.

Quando questionado aos responsáveis dos bebês/crianças que usavam ou já tinham usado chupeta se colocavam ou já tinham colocado alguma substância na tetina da chupeta, aferiu-se que em 39,2% dos bebês/crianças tal já tinha ocorrido.

Constatou-se que em todos os casos em que os responsáveis colocavam ou já tinham colocado alguma substância na tetina da chupeta se tratava de medicamento para alívio da cólica nos primeiros meses de vida de bebê.

A maioria dos bebês/crianças, 72,8%, fazia algum tipo de alimentação à noite antes de dormir.

Dos bebês/crianças que se alimentavam à noite antes de dormir, a maior parte, 28,0%, bebia leite materno, seguindo-se a ingestão de leite de origem animal com adição de açúcar/mel/chocolate em 17,3% (tabela 10).

**Tabela 10: Alimentos consumidos pelo bebê/criança à noite antes de dormir**

	Frequência	Porcentagem
Leite de origem animal simples	12	16,0
Leite de origem animal com adição de açúcar/ mel/ chocolate	13	17,3
Iogurte	4	5,3
Bolachas	3	4,0
Fruta	4	5,3

<b>Leite materno</b>	21	28,0
<b>Leite adaptado</b>	8	10,7
<b>Papa</b>	5	6,7
<b>Outros</b>	2	2,7
<b>Cereais</b>	3	4,0
<b>Total</b>	75	100,0

33,3% dos bebês/ crianças usavam biberão para se alimentar à noite antes de dormir. 33,0% (n=34) dos bebês/ crianças faziam algum tipo de alimentação durante a noite. Dos bebês/ crianças que se alimentavam durante a noite, a maior parte, 66,7%, bebia leite materno, seguindo-se o leite adaptado em 15,2% dos casos (Tabela 11).

**Tabela 11: Alimentos consumidos pelo bebê/ criança durante a noite**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Leite materno</b>	22	66,7
<b>Leite adaptado</b>	5	15,2
<b>Leite de origem animal simples</b>	4	12,1
<b>Papa</b>	2	6,1
<b>Total</b>	33	100,0
<b>Ausência de resposta</b>	1	
<b>Total</b>	34	

30,3% dos bebês/ crianças usavam biberão para se alimentar durante a noite e 69,7% não usavam. 34,4% dos bebês/ crianças alimentavam-se três vezes por noite, 31,3% uma vez, 25,0% duas vezes e 9,4% mais do que três vezes.

Relativamente ao horário em que se alimentavam durante a noite, constatou-se que entre as 22h e as 24h 28,1% dos bebês/ crianças ingeriam algum alimento; entre a 01h e as 03h 90,6% dos bebês/ crianças consumiam algum alimento; entre as 04h e as 06h 78,1% dos bebês/ crianças consumiam algum alimento.

Em 72,8% (n=75) dos bebês/ crianças era realizada higiene oral, não se verificando o mesmo em 27,2% (n=28).

À maioria dos bebês/ crianças, 64,0%, era realizada a sua higiene oral todos os dias ou os próprios a realizavam, não ocorrendo o mesmo em 36,0% destes.

Em 45,3% dos casos era o próprio bebê/ criança que realizava a sua higiene oral, em 40,0% dos casos a higiene oral era realizada pelo bebê/ criança com ajuda da mãe/ pai/ tutor e em 14,7% dos casos era a mãe que o fazia.

2,7% dos bebês/ crianças lavava sempre os dentes de manhã antes do pequeno almoço; 2,7% fazia-o às vezes; e 94,7% não lavava os dentes de manhã antes do pequeno almoço.

29,3% dos bebês/ crianças lavava sempre os dentes de manhã depois do pequeno almoço; 20,0% fazia-o às vezes; e 50,7% não lavava os dentes de manhã depois do pequeno almoço.

A totalidade dos bebês/ crianças, 100,0%, não realizava higiene oral depois do lanche da manhã.

6,7% dos bebês/ crianças lavava sempre os dentes depois do almoço; 14,7% fazia-o às vezes; e 78,7% não lavava os dentes depois do almoço.

A totalidade dos bebês/ crianças, 100,0%, não realizava higiene oral depois do lanche da tarde.

16,0% dos bebês/ crianças lavava sempre os dentes depois do jantar e antes da ceia da noite; 17,3% fazia-o às vezes; e 66,7% não lavava os dentes depois do jantar e antes da ceia da noite.

26,7% dos bebês/ crianças lavava sempre os dentes antes de dormir e não ingeria nenhum alimento depois disso; 34,7% fazia-o às vezes; e 38,7% não o fazia.

De acordo com a Tabela 12, para a maioria dos bebês/ crianças, 89,3%, era usada escova e pasta dentífrica para realizar a sua higiene oral e para a minoria, 2,7%, era usada apenas escova.

**Tabela 12: Material usado para a realização da higiene oral do bebê/ criança**

	Frequência	Percentagem
Usa escova	2	2,7
Usa escova e pasta dentífrica	67	89,3
Usa escova, pasta dentífrica e elixir	6	8,0
Total	75	100,0

Tal como se pode observar na Tabela 13, a maior parte dos responsáveis, 30,1%, referiu não saber qual a pasta dentífrica usada na higiene oral do bebé/ criança.

**Tabela 13: Pasta dentífrica usada na realização da higiene oral do bebé/ criança**

	Frequência	Percentagem
<b>Chicco</b>	3	4,1
<b>Elgydium</b>	8	11,0
<b>Colgate</b>	14	19,2
<b>Aquafresh</b>	8	11,0
<b>Sensodyne</b>	5	6,8
<b>Outra</b>	13	17,8
<b>Não sabe</b>	22	30,1
<b>Total</b>	73	100,0

A maioria dos responsáveis, 97,3%, afirmou não saber qual a quantidade de flúor presente na pasta dentífrica usada na realização da higiene oral dos bebés/ crianças

Através da descrição, feita pelos responsáveis, da pasta dentífrica usada na higiene oral do bebé/ criança conseguiu-se aferir a quantidade real de flúor para 44 bebés/ crianças. Tal como se pode verificar na Tabela 14, 2,3% dos bebés/ crianças eram expostos a uma pasta dentífrica com 1500 ppm de flúor, 9,1% com 1450 ppm de flúor e 38,6% com 1000 ppm de flúor. Todos os outros não seguem as orientações da Direção Geral de Saúde.

**Tabela 14: Quantidade real de flúor da pasta dentífrica do bebé/ criança (dado obtido através da descrição, feita pelo responsável, da pasta dentífrica)**

	Frequência	Percentagem
<b>250</b>	7	15,9
<b>500</b>	15	34,1
<b>1000</b>	17	38,6
<b>1450</b>	4	9,1
<b>1500</b>	1	2,3
<b>Total</b>	44	100,0

<b>Ausência de resposta</b>	29	
<b>Total</b>	73	

Para a realização da higiene oral dos bebês/ crianças, em 52,8% dos casos era colocada na escova uma quantidade de pasta dentífrica aproximadamente do tamanho da unha do 5º dedo do bebê/ criança; em 30,6% era colocada uma quantidade superior ao tamanho da unha do 5º dedo do bebê/ criança e inferior ao comprimento da escova; em 16,7% era colocada uma quantidade pasta dentífrica de modo a completar todo o comprimento da escova.

A maioria dos bebês/ crianças, 87,8%, bochechava com água após escovar os dentes, enquanto que 12,2% não o fazia.

À totalidade dos bebês/ crianças, 100,0%, não lhes era realizada a sua higiene oral quando tomavam medicamentos em xarope durante a noite.

25,2% (n=26) dos bebês/ crianças já tinham visitado o Médico Dentista, contrariamente a 74,8% (n=77) que nunca o tinham feito. Dos 26 bebês/ crianças que já tinham visitado o Médico Dentista, a maioria 61,5% tinha-o feito uma ou duas vezes. (Tabela 15).

**Tabela 15: Número de vezes que bebê/ criança visitou o Médico Dentista**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Uma vez</b>	11	42,3
<b>Duas vezes</b>	5	19,2
<b>Três vezes</b>	3	11,5
<b>Mais de três vezes</b>	7	26,9
<b>Total</b>	26	100,0

Destes 26, entre os 0 e os 3 anos, 76,9% dos bebês/ crianças tinham recorrido ao Médico Dentista nessas idades; entre os 4 e os 6 anos, 57,7% dos bebês/ crianças tinham recorrido ao Médico Dentista nessas idades.

Como se pode verificar na Tabela 16, a maior parte dos bebês/ crianças, 34,6%, tinha recorrido ao Médico Dentista por rotina e 30,8% tinha-o feito devido a dentes cariados. Os restantes foram motivados por traumatismos dentários, por dentes escurecidos ou com manchas e por dor de dentes e/ ou gengivas.

**Tabela 16: Motivo pelo qual o bebê/ criança visitou o Médico Dentista**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Dor de dentes/ gengivas</b>	1	3,8
<b>Rotina</b>	9	34,6
<b>Dentes escurecidos/ manchas</b>	3	11,5
<b>Dentes cariados</b>	8	30,8
<b>Traumatismos dentários</b>	5	19,2
<b>Total</b>	26	100,0

Quando questionados os responsáveis dos 77 bebês/ crianças que nunca tinham visitado o Médico Dentista sobre a que idade pretendiam levá-los, constatou-se que 24,7% desses iriam entre os 0 e os 3 anos, 24,7% iriam entre os 4 e os 6 anos, 1,3% iriam com mais de 6 anos, 24,7% iriam apenas quando surgisse algum problema e 24,7% não sabia quando é que iria recorrer com o seu bebê/ criança à consulta de Medicina Dentária (Tabela 17).

**Tabela 17: Idade do bebê/ criança a que o responsável pretende levá-lo ao Médico Dentista (caso nunca tenha visitado o Médico Dentista)**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>0-3 anos</b>	19	24,7
<b>4-6 anos</b>	19	24,7
<b>&gt;6 anos</b>	1	1,3
<b>Não sabe</b>	19	24,7
<b>Apenas quando tiver algum problema</b>	19	24,7
<b>Total</b>	77	100,0

## **4.2 Resultados da condição clínica**

Relativamente à prevalência de cárie na dentição decídua dos bebês/ crianças incluídas neste estudo, tal como se pode observar na Tabela 18, a maioria, 73,9%,

apresentavam um índice ceod de 0, estando livres de cárie na dentição decídua. O maior valor de índice ceod foi de 14 e verificou-se numa única criança (Tabela 18).

O índice ceod foi realizado em 88 bebês/ crianças, que já tinham pelo menos um dente temporário presente.

Obteve-se um índice ceod médio de  $1,11 \pm 2,52$ .

**Tabela 18: Índice ceod (bebês/ crianças)**

	Frequência	Porcentagem
<b>0</b>	65	73,9
<b>1</b>	6	6,8
<b>2</b>	3	3,4
<b>3</b>	1	1,1
<b>4</b>	3	3,4
<b>5</b>	4	4,5
<b>6</b>	2	2,3
<b>7</b>	2	2,3
<b>11</b>	1	1,1
<b>14</b>	1	1,1
<b>Total</b>	88	100,0
<b>Ausência de resposta</b>	15	
<b>Total</b>	103	

Relativamente à prevalência de cárie na dentição definitiva das crianças incluídas neste estudo, obteve-se um índice CPOD de 0 para a totalidade das crianças com dentes definitivos já erupcionados, portanto não se observou nenhum dente definitivo nem cariado, nem perdido nem obturado. O índice CPOD foi realizado em apenas 13 crianças.

Relativamente à comparação entre os dentes presentes na cavidade oral de bebês/ crianças até aos 30 meses (n=46), com duas tabelas de erupção dentária (uma recomendada pela AAPD e outra presente no livro “Dentistry for the Child and Adolescent, McDonald and Avery’s”) verificou-se que, no total, existe uma correspondência de 73,9% (n=34) dos casos com a tabela recomendada pela AAPD e de 39,1% (n=18) com a tabela presente no livro “Dentistry for the Child and Adolescent, McDonald and Avery’s”. Verificou-se para o género feminino uma correspondência de

91,7% dos casos com a tabela recomendada pela AAPD e de 50% com a tabela presente no livro “Dentistry for the Child and Adolescent, McDonald and Avery’s”. Verificou-se para o género masculino uma correspondência de 59,1% dos casos com a tabela recomendada pela AAPD e de 27,3% com a tabela presente no livro “Dentistry for the Child and Adolescent, McDonald and Avery’s” (Tabela 19).

**Tabela 19: Comparação entre os dentes presentes na cavidade oral de bebês/ crianças até aos 30 meses com duas tabelas de erupção dentária**

<b>Identificação</b>	<b>Género</b>	<b>Idade (em meses)</b>	<b>Dentes presentes na cavidade oral</b>	<b>Comparação com a Tabela de erupção dentária recomendada pela AAPD (35)</b>	<b>Comparação com a Tabela de erupção dentária presente no livro “Dentistry for the Child and Adolescent, McDonald and Avery’s” (36)</b>
100	F	0,2	sem dentes presentes	✓	✓
99	F	0,2	sem dentes presentes	✓	✓
28	M	0,26	sem dentes presentes	✓	✓
4	F	0,5	sem dentes presentes	✓	✓
10	M	1	sem dentes presentes	✓	✓
22	F	1	sem dentes presentes	✓	✓
33	M	1	sem dentes presentes	✓	✓
18	F	2,5	sem dentes presentes	✓	✓
30	F	2,5	sem dentes presentes	✓	✓
1	F	4	sem dentes presentes	✓	✓
20	M	4	sem dentes presentes	✓	✓
35	F	4	sem dentes presentes	✓	✓
36	F	6	71, 81	✓	✓
6	M	7	sem dentes presentes	✓	X
21	M	7	sem dentes presentes	✓	X
29	M	8	81	X	X
14	F	9	61, 72, 71, 81, 82	✓	X
15	F	9	71, 81	✓	X
23	M	10	71	X	X
24	M	10	52, 51, 61, 62, 71, 81	X	X
44	M	10	52, 51, 61, 62, 72, 71, 81	X	X
3	M	11,5	61, 71, 81	X	X
26	M	12	52, 51, 61, 62, 71, 81, 82	X	X

39	F	12	52, 51, 61, 62, 72, 71, 81, 82	✓	X
45	F	12	sem dentes presentes	X	X
19	F	13	52, 51, 61, 62, 72, 71, 81, 82	✓	X
17	F	14	51, 61, 71, 81	X	X
5	F	15	52, 51, 61, 62, 72, 71, 81, 82	✓	X
7	M	15	52, 51, 61, 62, 72, 71, 81, 82	✓	X
47	F	15	54, 52, 51, 61, 62, 64, 74, 72, 71, 81, 82, 84	✓	✓
8	M	15	52, 51, 61, 62, 71, 72, 81, 82, 74, 84	✓	X
16	F	16	52, 51, 61, 62, 72, 71, 81, 82	✓	X
9	M	17,5	54, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 74, 72, 71, 81, 82, 84	✓	✓
25	M	18	52, 51, 61, 62, 74, 72, 71, 81, 82, 84	X	X
27	F	18,5	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84	✓	✓
2	F	19	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84	✓	✓
37	M	21,5	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84	✓	X
31	F	22	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84	✓	X
32	M	23	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84	✓	X
34	M	23	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84	X	X
38	M	24	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 74, 72, 71, 81, 82, 83, 85	X	X
42	M	24	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 75, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84, 85	✓	X
43	F	24	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 75, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84, 85	✓	X
46	F	24	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84	✓	X
13	M	24,5	55, 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65, 75, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84, 85	✓	✓
11	F	30	54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84	X	X

### 4.3 Resultados com significância estatística

Com a intenção de verificar se existem ou não relações significativas entre duas variáveis qualitativas, foi aplicado o Teste Qui-Quadrado da independência ou o Teste de Correção de Continuidade, quando o anterior não podia ser usado. É de salientar que houve a necessidade de recodificar variáveis qualitativas, agrupando algumas classes, em detrimento da impossibilidade de aplicação dos testes supracitados.

De modo a analisar o Índice ceod, que é uma variável quantitativa, utilizaram-se testes não paramétricos, incluindo o Teste mann-Whitney e o Teste Kruskal-Wallis.

#### **Género do responsável pelo bebé/ criança e o facto de lavar ou não os seus dentes todos os dias**

Verificou-se que o género do responsável inquirido estava relacionado de forma significativa ( $p=0,012<0,05$ ) com o facto de este lavar ou não os seus dentes todos os dias. Constatou-se uma maior tendência dos responsáveis do género feminino (81,2%=69/85) em realizarem a sua higiene oral todos os dias, relativamente aos responsáveis do género masculino (50,0%=9/18) (Tabela 20). Porém é de salvaguardar que existem, na amostra, poucos homens.

**Tabela 20: Género do responsável pelo bebé/ criança e o facto de lavar ou não os seus dentes todos os dias**

		O responsável pelo bebé/ criança lava os dentes todos os dias?		Total
		Sim	Não	
Género do responsável pelo bebé/ criança	Feminino	69	16	85
	Masculino	9	9	18
Total		78	25	103

### **Habilitações literárias do responsável pelo bebé/ criança e o facto de lavar ou não os seus dentes todos os dias**

As habilitações literárias do responsável pelo bebé/ criança estão relacionadas de forma significativa ( $p=0,009<0,05$ ) com o facto de este lavar ou não os seus dentes todos os dias. Aferiu-se que 84% (54/64) dos responsáveis com ensino secundário ou ensino superior realizavam a sua higiene oral todos os dias, enquanto que dos responsáveis com habilitações literárias até 9º ano, 61,5% (24/39) destes é que o fazia (Tabela 21).

**Tabela 21: Habilitações literárias do responsável pelo bebé/ criança e o facto de lavar ou não os seus dentes todos os dias**

		O responsável pelo bebé/ criança lava os dentes todos os dias?		Total
		Sim	Não	
	</= 9º ano	24	15	39
Habilitações literárias do responsável pelo bebé/ criança	Ensino secundário ou ensino superior	54	10	64
<b>Total</b>		78	25	103

### **Género do responsável pelo bebé/ criança e o facto de lavar ou não os seus dentes depois do pequeno-almoço**

Verificou-se que o género do responsável está significativamente relacionado ( $p=0,003<0,05$ ) com o facto de este lavar os dentes depois do pequeno-almoço. Constatou-se existir uma maior tendência dos responsáveis do género feminino (65,9%=56/85) em realizarem a sua higiene oral depois do pequeno-almoço, relativamente aos responsáveis do género masculino (27,8%=5/18).

### **Idade do responsável pelo bebé/ criança e o facto de lavar ou não os seus dentes antes de dormir**

A idade do responsável está relacionada de forma significativa ( $p=0,000<0,05$ ) com o facto de este lavar ou não os dentes depois da ceia da noite. A grande maioria dos

responsáveis, 95% (79/83), com idade compreendida entre os 25 e os 40 anos lavavam os dentes antes de dormir, enquanto que noutras idades (menos de 25 anos ou mais de 40 anos) essa percentagem diminui para 60% (12/20).

### **Género do responsável pelo bebé/ criança e o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano**

O género do responsável está relacionado de forma significativa ( $p=0,019<0,05$ ) com o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano. Tendencialmente, os responsáveis do género feminino visitaram mais ( $62/85=72,9\%$ ) o Médico Dentista no último ano do que os responsáveis do género masculino ( $8/18=44,4\%$ ) (Tabela 22).

**Tabela 22: Género do responsável pelo bebé/ criança e o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano**

		O responsável pelo bebé/ criança no último ano visitou o Médico Dentista?		Total
		Sim	Não	
Género do responsável pelo bebé/ criança	Feminino	62	23	85
	Masculino	8	10	18
Total		70	33	103

### **Idade do responsável pelo bebé/ criança e o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano**

A idade do responsável está relacionada de forma significativa ( $p=0,000<0,05$ ) com o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano. A maioria, 76% (63/83), dos responsáveis entre os 25 e os 40 anos visitaram o Médico Dentista no último ano, enquanto que a maioria dos responsáveis de outras idades (menos de 25 anos e mais de 40 anos) não o fez ( $13/20=65\%$ ).

**Habilitações literárias do responsável pelo bebé/ criança e o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano**

Verificou-se que as habilitações literárias do responsável estão significativamente relacionadas ( $p=0,005<0,05$ ) com o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano. 78,% (50/64) dos responsáveis com ensino secundário ou ensino superior recorreram ao Médico Dentista no último ano, enquanto que essa percentagem diminuiu para 51% (20/39) para os responsáveis com habilitações literárias até ao 9º ano (Tabela 23).

**Tabela 23: Habilitações literárias do responsável pelo bebé/ criança e o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano**

	O responsável pelo bebé/ criança no último ano visitou o Médico Dentista?		Total
	Sim	Não	
Habilitações literárias do responsável pelo bebé/ criança <= 9º ano	20	19	39
Ensino secundário ou superior	50	14	64
<b>Total</b>	70	33	103

**Género do responsável pelo bebé/ criança e o motivo pelo qual visitou o Médico Dentista no último ano**

O género do responsável está relacionado de forma significativa ( $p=0,036<0,05$ ) com o motivo pelo qual visitou o Médico Dentista no último ano. 36% (31/ 85) dos responsáveis do género feminino recorreram devido a dentes cariados, enquanto que essa percentagem diminuiu para 11% (2/18) no caso dos responsáveis do género masculino (Tabela 24).

**Tabela 24: Género do responsável pelo bebé/ criança e o motivo pelo qual visitou o Médico Dentista no último ano**

		Se o responsável pelo bebé/ criança visitou o Médico Dentista no último ano, qual o motivo?		Total
		Rotina+prótese removível+implantes dentários+cheque dentista+outro	Cárie dentária	
Género do responsável pelo bebé/ criança	Feminino	54	31	85
	Masculino	16	2	18
Total		70	33	103

**Género do responsável pelo bebé/ criança e o facto de ter conhecimento da existência de Cárie Precoce de Infância**

Verificou-se que o género do responsável está significativamente relacionado ( $p=0,013<0,05$ ) com o facto de ter conhecimento ou não da existência da Cárie Precoce de Infância. Constatou-se que nenhum responsável do género masculino tinha esse conhecimento, ao contrário de 31,2% (27/85) dos responsáveis do género feminino.

**Idade do bebé/ criança (em meses) e alimentação com leite materno exclusivo**

A idade do bebé/ criança está relacionada de forma significativa ( $p=0,000<0,05$ ) com a sua alimentação de leite materno exclusivo. Como se pode verificar na Tabela 25, todos os bebés que se alimentavam de leite materno exclusivo tinham entre a 0 a 12 meses, não inclusivé.

**Tabela 25: Idade do bebé/ criança (em meses) e alimentação com leite materno exclusivo**

		Alimentação do bebé/ criança: leite materno exclusivo		Total
		Sim	Não	
Idade do bebé/ criança (em meses)	[0-12[	11	10	21
	[12-36[	0	30	30
	[36-84[	0	52	52
Total		11	92	103

### Idade do bebé/ criança (em meses) e consumo de guloseimas

Constatou-se que a idade do bebé/ criança está relacionada de forma significativa ( $p=0,000<0,05$ ) com o consumo de guloseimas. Como se pode verificar na Tabela 26, a maior parte dos bebés/ crianças que consumia guloseima tinha mais de 36 meses (66%=50/76).

**Tabela 26: Idade do bebé/ criança (em meses) e consumo de guloseimas**

		Alimentação do bebé/ criança: guloseimas		Total
		Sim	Não	
	[0-12[	2	19	21
Idade do bebé/ criança (em meses)	[12-36[	24	6	30
	[36-84[	50	2	52
<b>Total</b>		76	27	103

### Idade do bebé/ criança (em meses) e o uso de chupeta

Verificou-se que a idade do bebé/ criança está significativamente relacionada ( $p=0,000<0,05$ ) com o facto de este usar chupeta. Como se pode constatar através da tabela 27, a maior parte dos que usavam chupeta até ao momento tinham até 36 meses, não inclusivé (86%=36/42).

**Tabela 27: Idade do bebé/ criança (em meses) e o uso de chupeta**

		O bebé/ criança usa chupeta atualmente?		Total
		Sim	Não	
	[0-12[	18	3	21
Idade do bebé/ criança (em meses)	[12-36[	18	12	30
	[36-84[	6	46	52
<b>Total</b>		42	61	103

### **Idade do bebê/ criança (em meses) e o uso de biberão para se alimentar à noite antes de dormir**

A idade do bebê/ criança está relacionada de forma significativa ( $p=0,009<0,05$ ) com o facto de o bebê/ criança usar ou não biberão para se alimentar à noite antes de dormir. Como se pode observar na tabela 28, a maior parte dos bebês/ crianças que usam biberão para se alimentar à noite antes de dormir têm entre 0 e 36 meses, não inclusivé.

**Tabela 28: Idade do bebê/ criança (em meses) e o uso de biberão para se alimentar à noite antes de dormir**

	O bebê/ criança usa biberão para se alimentar à noite antes de dormir?		Total	
	Sim	Não		
	[0-12[	4	16	20
Idade do bebê/ criança (em meses)	[12-36[	13	9	22
	[36-84[	8	25	33
<b>Total</b>		25	50	75

### **Idade do bebê/ criança (em meses) e a alimentação noturna**

Constatou-se que a idade do bebê/ criança está relacionada de forma significativa ( $p=0,000<0,05$ ) com o facto de este se alimentar durante a noite. Como se pode aferir através da Tabela 29, a grande maioria (91%=31/34) dos bebês/ crianças que fazem alimentação noturna têm até 36 meses, não inclusivé.

**Tabela 29: Idade do bebê/ criança (em meses) e a alimentação noturna**

	O bebê/ criança faz algum tipo de alimentação durante a noite?		Total	
	Sim	Não		
	[0-12[	19	2	21
Idade do bebê/ criança (em meses)	[12-36[	12	18	30
	[36-84[	3	49	52
<b>Total</b>		34	69	103

### Idade do bebê/ criança (em meses) e o facto de lavar os dentes

A idade do bebê/ criança está relacionada de forma significativa ( $p=0,000<0,05$ ) com o facto de este lavar os dentes. Pela leitura da Tabela 30, apenas 1 bebê até aos 12 meses, não inclusivé, lavava os dentes e quase a totalidade das crianças a partir dos 36 meses o fazia ( $98\%=51/52$ ).

**Tabela 30: Idade do bebê/ criança (em meses) e o facto de lavar os dentes**

	O bebê/ criança lava os dentes?		Total	
	Sim	Não		
Idade do bebê/ criança (em meses)	[0-12]	1	20	21
	[12-36]	23	7	30
	[36-84]	51	1	52
<b>Total</b>		75	28	103

### Idade do bebê/ criança (em meses) e quem realiza a sua higiene oral

Verificou-se que a idade do bebê/ criança está significativamente relacionada ( $p=0,000<0,05$ ) com quem realiza a sua higiene oral. Pela leitura da Tabela 31, entre os 0 e os 12 meses, não inclusivé, nenhum bebê realizava a sua higiene oral sozinho, porém a partir dos 36 meses a maior parte das crianças lavava os dentes sozinha ( $57,7\%=30/52$ ).

**Tabela 31: Idade do bebê/ criança (em meses) e quem realiza a sua higiene oral**

	Quem realiza a higiene oral do bebê/criança?		Total	
	Bebê/ criança	Mãe/pai + bebê/criança		
Idade do bebê/ criança (em meses)	[0-12]	0	21	21
	[12-36]	4	26	30
	[36-84]	30	22	52
<b>Total</b>		34	69	103

### **Idade do bebé/ criança (em meses) e o facto de já ter visitado o Médico Dentista**

A idade do bebé/ criança está relacionada de forma significativa ( $p=0,000<0,05$ ) com o facto de este já ter visitado ou não o Médico Dentista. De acordo com a Tabela 32, até aos 36 meses, não inclusivé, praticamente todos os bebés/ crianças ainda não tinham ido à consulta de Medicina Dentária.

**Tabela 32: Idade do bebé/ criança (em meses) e o facto de já ter visitado o Médico Dentista**

		O bebé/ criança já visitou o Médico Dentista?		Total
		Sim	Não	
Idade do bebé/ criança (em meses)	[0-12[	0	21	21
	[12-36[	4	26	30
	[36-84[	22	30	52
<b>Total</b>		26	77	103

### **Habilitações literárias do responsável e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes todos os dias**

As habilitações literárias do responsável estão relacionadas de forma significativa ( $p=0,024<0,05$ ) com o facto de o bebé/ criança lavar ou não os dentes todos os dias. 74% (34/46) dos bebés/ crianças pertencentes a responsáveis com ensino secundário ou ensino superior lavavam os dentes todos os dias, enquanto que essa percentagem baixa para 48% (14/29) no caso dos bebés/ crianças pertencentes a responsáveis com habilitações literárias até ao 9º ano.

### **Habilitações literárias do responsável e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes depois do pequeno-almoço**

As habilitações literárias do responsável estão relacionadas de forma significativa ( $p=0,000<0,05$ ) com o facto de o bebé/ criança lavar os dentes depois do pequeno-almoço. 67% (31/46) dos bebés/ crianças pertencentes a responsáveis com ensino secundário ou

ensino superior lavavam os dentes depois do pequeno-almoço, enquanto que essa percentagem baixa para 21% (6/29) no caso dos bebés/ crianças pertencentes a responsáveis com habilitações literárias até ao 9º ano.

### **Género do responsável e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes depois do pequeno-almoço**

O género do responsável está relacionado de forma significativa ( $p=0,014<0,05$ ) com o facto de o bebé/ criança lavar os dentes depois do pequeno-almoço. De acordo com a Tabela 33, a maior parte dos responsáveis do género feminino (35/63) têm bebés/ crianças que lavavam os dentes depois do pequeno-almoço, enquanto que a maioria dos responsáveis do género masculino têm crianças que não o faziam (10/12).

**Tabela 33: Género do responsável e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes depois do pequeno-almoço**

		O bebé/ criança lava os dentes, depois do pequeno almoço?		Total
		Sim ou às vezes	Não	
Género do responsável pelo bebé/ criança	Feminino	35	28	63
	Masculino	2	10	12
Total		37	38	75

### **Momentos do dia em que o responsável e o bebé/ criança realizam a higiene oral: lavar os dentes depois do pequeno-almoço**

O facto de o responsável lavar os dentes depois do pequeno-almoço e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes na mesma altura estão significativamente relacionados ( $p=0,000<0,05$ ). Constatou-se existir uma tendência para que o bebé/ criança lave os dentes depois do pequeno-almoço quando o responsável o faz (Tabela 34).

**Tabela 34: Momentos do dia em que o responsável e o bebé/ criança realizam a higiene oral: lavar os dentes depois do pequeno-almoço**

	O bebé/ criança lava os dentes depois do pequeno-almoço?		Total
	Sim ou às vezes	Não	
O responsável pelo bebé/ criança lava os dentes depois do pequeno-almoço?	31	16	47
	6	22	28
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>75</b>

### **Índice ceod e o facto de o bebé/ criança incluir na sua alimentação leite materno (de forma não exclusiva)**

O índice ceod está relacionado de forma significativa ( $p=0,048<0,05$ ) com o facto de o bebé/ criança incluir na sua alimentação leite materno (de forma não exclusiva). O grupo de bebés/ crianças que bebia leite materno de forma não exclusiva apresentava valores mais baixos do índice ceod, comparando com aqueles que não bebiam, de todo, leite materno.

### **Índice ceod e o facto de o bebé/ criança incluir na sua alimentação leite de origem animal**

O índice ceod está relacionado de forma significativa ( $p=0,005<0,05$ ) com o facto de o bebé/ criança incluir na sua alimentação leite de origem animal. O índice ceod difere significativamente entre o grupo que não bebe leite de origem animal e o que bebe, sendo que estes apresentavam valores mais altos.

### **Índice ceod e o facto de o bebé/ criança consumir guloseimas**

Verificou-se que o índice ceod está significativamente relacionado ( $p=0,016<0,05$ ) com o facto de o bebé/ criança consumir guloseimas. O índice ceod difere

significativamente entre o grupo que não come guloseimas e o grupo que come, sendo que estes apresentavam valores mais altos.

### **Índice ceod e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes todos os dias**

O índice ceod está relacionado de forma significativa ( $p=0,035<0,05$ ) com o facto de o bebé/ criança lavar os dentes todos os dias. O índice ceod difere significativamente entre o grupo que lava os dentes todos os dias e os que não o fazem, isto é, lavar os dentes todos os dias tem como consequência valores mais baixos do índice de cárie.

## **V. Discussão**



## 5.1 Material e métodos

Apesar da dificuldade em conjugar os horários das consultas de Saúde Infantil da USF Rio Dão com os tempos livres do horário letivo da operadora, conseguiu-se obter, entre Outubro de 2016 e Fevereiro de 2017, uma amostra de conveniência interessante, composta por 103 indivíduos, entre os 0 e os 6 anos. Tal permitiu obter vários resultados estatisticamente significativos. Encontram-se na literatura vários estudos incluídos na temática da saúde oral em bebés e crianças com amostras semelhantes e até menores. (37–39) Temos presente que uma amostra de conveniência deve ter sempre a maior dimensão possível.

Também foi possível realizar de forma viável a componente clínica observacional, devido ao facto de a USF Rio Dão ter disponibilizado um gabinete devidamente iluminado e usado exclusivamente para o efeito. Apesar de não estar disponível um jato de ar para secar as superfícies dentárias para examinação, fez-se a secagem das mesmas recorrendo a compressas. É de forma semelhante que se preconiza o Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. (3,40)

Todos os objetivos inicialmente definidos foram atingidos, em consequência do cumprimento rigoroso de todo o protocolo previamente estipulado e também devido à franca colaboração por parte dos responsáveis pelos bebés/ crianças, por um lado na resposta ao questionário e por outro no auxílio da observação intra-oral dos bebés/ crianças, que por vezes constituiu um autêntico desafio.

De modo a diminuir o erro intra e inter-observador foi sempre o mesmo investigador a aplicar o questionário, bem como a realizar a componente clínica observacional. O facto de o questionário ter sido aplicado por meio de entrevista trouxe várias vantagens ao estudo, tais como a possibilidade de esclarecer o inquirido e ajudá-lo a compreender as questões; a obtenção de uma elevada taxa de resposta; a redução das respostas aleatórias devido ao não entendimento; a obtenção de respostas mais precisas; a possibilidade de ser aplicado a pessoas não aptas à leitura ou à escrita ou com dificuldades e a diminuição da tendência ou viés de resposta denominada por desejabilidade social em que os indivíduos falsificam, de forma consciente ou não, as informações prestadas com o objetivo de se enquadrarem nos valores que consideram socialmente aceites. (41,42)

Na determinação do índice de cárie dentária (ceod/CPOD) recorreu-se aos critérios usados no Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, realizado em 2008 pela Direção-Geral da Saúde. (40,43)

## **5.2 Resultados**

### **5.2.1 Caracterização do responsável pelo bebé/ criança presente na consulta**

A maioria dos responsáveis (80,6%) pelos bebés/ crianças incluídas neste estudo tinha idade compreendida entre os 25 e os 40 anos, o que vem de encontro ao que era esperado, com base nos registos do Instituto Nacional de Estatística (INE). Como se pode confirmar no INE, o maior número de nados vivos nascidos em Portugal de acordo com a idade da mãe, entre 2011 e 2016, verificou-se para mães com idades entre os 25 e os 40 anos. (44)

A maioria dos responsáveis pelo bebé/ criança pertenciam ao género feminino e eram a mãe dos mesmos (82,5%). Possivelmente tal deve-se ao facto de a mãe ser, geralmente, o elemento mais próximo do bebé/ criança e que possui mais informações sobre este, desde o nascimento, daí serem maioritariamente as mães a acompanhar os bebés/ crianças nas consultas de saúde infantil. Por outro lado também se encontra descrito na literatura que a presença da mãe pode diminuir significativamente a ansiedade da criança em procedimentos médicos. (45) Nos primeiros meses de vida também se pode dever ao facto de serem maioritariamente as mães a gozar de um tempo mais longo de licença de maternidade, relativamente aos pais, e por isso terem maior disponibilidade para acompanhar o bebé/ criança. Porém é de realçar que, na atualidade, esta licença já é algumas vezes partilhada com o outro progenitor.

A maioria dos responsáveis tinha como área de residência o meio rural (51,5%), o que se revela ser oposto ao previsto. De acordo com os registos do INE pode constatar-se que, na região Viseu Dão Lafões, a maioria da população habita numa área predominantemente urbana. Porém esta situação pode dever-se ao facto de a recolha de dados ter sido realizada na USF Rio Dão, que se encontra localizada no concelho de Santa Comba Dão, do qual fazem parte várias freguesias caracterizadas por serem áreas predominantemente rurais, onde habita uma parte significativa da população do concelho.

A maioria dos responsáveis tinha habilitações literárias compreendidas entre o 10º e o 12º ano (47,6%), o que vai de encontro aos dados do INE. Porém neste estudo estão incluídos adultos com habilitações literárias até ao quarto ano, assim como adultos com ensino superior, incluindo licenciaturas e mestrados. (44)

### **5.2.2 Hábitos do responsável pelo bebé/ criança presente na consulta**

O comportamento da maioria dos responsáveis no que diz respeito à regularidade e frequência de higiene oral vai de encontro às recomendações do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, que recomenda escovar os dentes todos os dias, pelos menos duas vezes ao dia, sendo que uma dessas vezes deve ocorrer obrigatoriamente antes de deitar. Porém, apesar de a maioria ter referido que lavava os seus dentes todos os dias (75,7%), existe uma parte significativa dos adultos, 24,3% que não o fazia, o que pode traduzir falta de informação não cedida por parte dos profissionais competentes para tal, incluindo os médicos e enfermeiros da USF e os Médicos Dentistas, caso estes indivíduos já tenham tido alguma consulta. Além desta hipótese, também se pode considerar que, apesar de esses adultos estarem informados, simplesmente não se preocupam com a sua saúde oral. Também apesar de a maioria dos responsáveis ter referido que lavava os seus dentes depois do pequeno-almoço, uns faziam-no sempre (43,7%) e outros às vezes (15,5%). Com isto, pode-se suspeitar que aqueles que o faziam às vezes, já não cumprem a recomendação de lavar os dentes pelos menos duas vezes ao dia. O mesmo se aplica também à maioria dos responsáveis que lavava os seus dentes depois do almoço, sempre ou às vezes (77,7% e 10,7% respetivamente). Apesar de a maioria dos responsáveis ter mencionado que lavava os seus dentes antes de dormir, uns faziam-no sempre (55,3%) e outros às vezes (33,0%), sem ingerir nenhum alimento depois disso. Estes últimos não respeitam a obrigatoriedade da escovagem antes de dormir. (3)

Relativamente ao material usado para realizar a higiene oral, consideramos que os adultos incluídos neste estudo se encontram de alguma forma fora daquilo que seria esperado. Só a minoria é que usava escova, pasta dentífrica e fio dentário/ escovilhão (12,0%) e ainda elixir (5,0%) e tendo em conta que em 2015 29,1% dos portugueses afirmou que o uso de fio dentário fazia parte do seu ritual de higiene oral, estes resultados não são consentâneos. (46) A Direção-Geral de Saúde recomenda que a higiene oral seja feita com recurso a escova, pasta dentífrica e fio dentário ou escovilhão para higienização

dos espaços interdentários, a partir do momento em que existem contactos dentários proximais, prevenindo as cáries interproximais. (3)

Nenhum dos responsáveis tinha conhecimento da quantidade de flúor presente na sua pasta dentífrica, o que leva a crer que não dispensam qualquer tipo de atenção para com essa questão, nem incluem esse critério na decisão de compra das suas pastas dentífricas. Tal pode dever-se ao facto de não estarem informados da sua importância, nem de que a Direção-Geral de Saúde no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral recomenda a escovagem com um dentífrico fluoretado com 1000 a 1500 ppm. Provavelmente os critérios eleitos para a compra das suas pastas dentífricas serão fatores como o preço, o sabor agradável ou até a imagem visual. A grande maioria dos responsáveis bochechava com água após escovar os dentes (98,0%), o que era expectável, provavelmente devido à falta de informação de que, se não o fizerem, conseguem obter uma concentração mais elevada de fluoreto na cavidade oral, que por sua vez atua topicamente nas superfícies dentárias durante mais tempo e promove a remineralização do esmalte, prevenindo ou atenuando a cárie dentária. (3)

Apesar de a maioria (68,0%) dos adultos ter visitado o seu Médico Dentista no último ano, uma parte significativa não o tinha feito (32,0%). Tal pode dever-se ao facto de os indivíduos não considerarem importante cuidar da sua saúde oral nem terem noção do impacto de uma higiene oral deficiente ou por não terem condições económicas suficientes para o fazerem. Esta suposição vai de encontro aos dados do Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015 da OMD, que revela que a pouca regularidade de visitas ao Médico Dentista se deve sobretudo ao facto dos portugueses considerarem que não têm necessidade (38,1%) ou à falta de recursos financeiros (37,3%). (46)

Dos responsáveis que recorreram à consulta de Medicina Dentária, a maior parte fê-lo mais do que três vezes (40,0%) e os restantes fizeram-no uma vez (25,7%) duas vezes (17,1%) ou três vezes (17,1%). O facto de existirem indivíduos que visitaram o seu Médico Dentista uma ou duas vezes ao ano enquadra-se perfeitamente nas recomendações da OMD que defende que visitas anuais ou bianuais contribuem para a prevenção de doenças dentárias e gengivais. Porém, o facto de a maior parte dos adultos ter visitado o seu Médico Dentista mais do que três vezes, é revelador da sua absoluta necessidade e provavelmente traduz uma saúde oral insuficiente com presença de lesões cáries. (4)

O principal motivo destas visitas foi o tratamento de cárie dentária (47,1%), o que era expectável, dado que parte da população ainda atribui pouca importância à saúde oral

e também pelo facto de ser um setor da saúde não participado. Os indivíduos adiam as suas consultas apenas para quando surge desconforto ou mesmo dor instalada. Tal como é referido no Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015 da OMD mais de um terço da população portuguesa nunca visitou o médico dentista ou fizeram-no apenas em caso de urgência ou dor. (46)

À maioria dos responsáveis, 67,0%, já lhes tinha sido extraído algum dente (excluindo terceiros molares). Os responsáveis incluídos nestes estudo estão acima do que seria expectável, tendo em conta que de acordo com o Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015 da Ordem dos Médicos Dentista, 54,0% dos portugueses têm falta de dentes naturais (com exceção dos terceiros molares). Destes 27,9% mencionou que lhe tinha sido extraído 1 dente, 47,1% afirmou que lhe tinham sido extraídos entre 2 a 4 dentes e 25,0% indicou que lhe tinham sido extraídos mais de 4 dentes. A grande maioria dos responsáveis (94,1%) revelou que as extrações dentárias se deveram a cárie dentária. A quantidade de dentes extraídos aos adultos pertencentes a este estudo revela-se abaixo do expectável, sendo que em 2015 37% dos portugueses afirmaram ter falta de mais do que 6 dentes naturais. (46)

Também a maior parte dos responsáveis (90,3%) mencionou já lhe terem sido tratados dentes cariados. A maior parte, 47,3%, revelou que lhes tinham sido tratados entre 2 a 4 dentes cariados. A presença de lesões cariosas pode ser indicativo de uma alimentação inadequada e de uma higiene oral deficiente. (4)

### **5.2.3 Conhecimentos e informações do responsável pelo bebé/ criança presente na consulta sobre a higiene oral e dentição destes e importância que atribuem à temática**

Das mães e progenitoras inquiridas a maioria (65,5%) tinha visitado o seu Médico Dentista durante a gravidez. Porém, apenas uma pequena minoria destas (7,4%) é que recebeu nessa consulta informações acerca de como deveriam iniciar a higiene oral do bebé. Tal não vai de encontro ao expectável uma vez que a OMD defende que os cuidados de saúde oral infantil devem ser iniciados com conselhos pré-natais aos futuros pais acerca da importância de manter uma boa saúde oral. (4) É também de realçar que nem todas as mulheres visitaram o Médico Dentista durante a gravidez (34,5% não o fizeram) apesar de terem a oportunidade de o fazer de forma gratuita através do cheque-dentista,

provavelmente ou porque o Médico de Família não emitiu o primeiro cheque-dentista à grávida ou esta decidiu não usufruir do mesmo. Porém na literatura existem dados de que, numa determinada população de mulheres grávidas, 90% referiram estar informadas acerca do direito da utilização de cheque-dentista na gravidez. (43)

A maioria dos responsáveis referiram não ter conhecimento da existência da Cárie Precoce de Infância (73,8%). Tal facto está de acordo com o esperado uma vez que os indivíduos recorreram pouco às consultas de Medicina Dentária, porém é papel do Médico Dentista identificar esta patologia o mais cedo possível e sobretudo estabelecer um plano preventivo e educar os pais e cuidadores a terem um papel ativo. Para isso estes têm de estar informados. (47) É de realçar que, dos responsáveis que tinham conhecimento da existência da Cárie Precoce de Infância, a maioria (53,8%) recebeu essa informação através do seu Médico Dentista.

A maioria dos responsáveis considerou tanto os hábitos de higiene oral do bebé/ criança (85,4%) como a sua dentição decídua (78,6%) extremamente importantes, porém os comportamentos de higiene oral que têm para com os seus bebés/ crianças não vão de encontro a essa percepção. Tal pode justificar-se com o facto de 27,2% dos bebés/ crianças nunca terem recebido cuidados de higiene oral e também pelo facto de a higiene oral não ser realizada todos os dias a 36,0% dos bebés/ crianças que já receberam estes cuidados.

Em 45,3% dos casos era o próprio bebé/ criança que realizava a sua higiene oral sem supervisão. Tal contraria o expectável, uma vez que apesar de as crianças desenvolverem a habilidade motora requerida para a utilização da escova dentária, é essencial que os pais e cuidadores os supervisionem e se certifiquem de que a higiene oral do bebé/ criança é corretamente executada. Pelos menos, até aos 8 anos preconiza-se que a lavagem seja realizada pelo cuidador, tendo especial atenção aquando da erupção dos primeiros molares definitivos. (48)

A maioria dos responsáveis (59,2%) não tinha recebido informação de como deveria realizar a higiene oral do bebé/ criança. Porém, dos 40,8% dos responsáveis que tinham recebido esses ensinamentos, 45,2% adquiriram-nos nas consultas de Saúde Infantil na sua USF e 26,2% referiram ter recebido essas informações na consulta de Medicina Dentária. O facto de serem estas as duas principais fontes de informação acerca desta temática vai de encontro ao preconizado no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral da DGS que pretende que na consulta de saúde infantil realizada pelo médico assistente e/ou enfermeiro, os pais ou cuidadores sejam sensibilizados a incorporar na rotina de higiene diária do bebé também a higiene da sua boca e dentes. (3)

A maior parte dos responsáveis (82,8%) considerou que deve haver um maior cuidado com a higiene oral do bebé/ criança com o avançar da idade. Se por um lado esta percepção dos cuidadores pode ser indicativo de que têm cada vez mais cuidados porque a criança vai introduzindo na sua alimentação uma maior variedade de alimentos e alguns deles com potencial cariogénico, por outro lado pode significar que os cuidadores não iniciam logo aquando da erupção do primeiro dente a higiene oral dos bebés/ crianças, contrariamente ao recomendado no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral da DGS. (3)

A maioria dos responsáveis (82,5%) revelou não atribuir maior importância à dentição definitiva do que à dentição decídua, o que, ao ser verdade, vai de encontro ao desejado, pois o facto de os dentes decíduos permanecerem hígidos até ao momento da erupção dos dentes permanentes permite a manutenção do espaço para a erupção destes dentes, contribuindo para o normal desenvolvimento da oclusão. (49)

A maioria dos responsáveis não considerou como motivos válidos para recorrer à consulta de Medicina Dentária a erupção dentária (84,3%), esclarecer dúvidas sobre a higiene oral do bebé/ criança (70,6%) e dificuldade em eliminar o hábito de sucção na chupeta (78,4%) ou nos dedos (77,5%). Por outro lado, a maioria considerou que rotina (87,3%), dor (94,1%), cárie dentária (95,1%), dentes escurecidos ou com manchas (90,2%) e dentes aparentemente mal posicionados (61,8%) eram motivos válidos para levar o bebé/ criança à consulta do Médico Dentista. Tal vai de encontro ao esperado, mas não ao desejado, pois a população em geral tem tendência a recorrer ao Médico Dentista quando o problema já está instalado e por questões de estética, e não por questões funcionais ou de higiene. (46)

#### **5.2.4 Caracterização da amostra (bebés/ crianças)**

A distribuição das idades, em meses, dos bebés/ crianças justifica-se muito provavelmente com as idades inerentes ao Plano Nacional de Vacinação (PNV) em vigor, com as Consultas de Saúde Infantil e Juvenil do Programa Nacional e com o Teste do pezinho pertencente ao Programa Nacional de Rastreio Neonatal. O PNV aplica-se de forma gratuita a todas as pessoas presentes em Portugal e recomenda diferentes esquemas vacinais gerais, em função da idade da pessoa. Entre os 0 e os 6 anos, o PNV recomenda a vacinação aos 0 meses, aos 2 meses, aos 4 meses, aos 6 meses, aos 12 meses, aos 18

meses e aos 60 meses (5 anos). (50) Entre os 0 e os 6 anos, as consultas de Saúde Infantil e Juvenil são recomendadas na primeira semana de vida, ao 1 mês, aos 2 meses, aos 4 meses, aos 6 meses, aos 9 meses, aos 12 meses, aos 15 meses, aos 18 meses, aos 24 meses, aos 36 meses, aos 48 meses, aos 60 meses (5 anos) e aos 72 meses (6 anos) ou 84 meses (7 anos). O teste do pézinho é realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida do bebé. (51) Portanto a distribuição das faixas etárias que verificámos vai perfeitamente ao encontro do expectável dada a calendarização preconizada para o PNV, as consultas de Saúde Infantil de Juvenil e o Teste do pezinho. As crianças pertencentes às restantes classes de idades possivelmente recorreram à USF por doença.

A distribuição entre géneros dos bebés/ crianças foi muito semelhante, sendo a amostra constituída por 50,5% do género feminino e 49,5% do género masculino. Tal não vai de encontro ao expectável, uma vez que de acordo com o INE existem em Portugal mais mulheres do que homens, portanto na amostra deveria haver uma maior diferença entre a quantidade de bebés/ crianças do género feminino e do género masculino. A maioria dos bebés/ crianças (50,5%) tinha como área de residência o meio rural, o que vai de encontro à residência do responsável e que, por sua vez, também contraria os dados do INE. (44)

Apenas 8 bebés/ crianças em 103 eram portadores de alguma doença crónica e faziam medicação para tal, o que é inferior ao expectável uma vez que cada vez mais é feito o diagnóstico precoce de doenças crónicas. Sabe-se que a maior parte dos medicamentos líquidos desenvolvidos para a área da Pediatria apresentam na sua composição algum tipo de açúcar, tornando a sua ingestão mais agradável, porém tal confere-lhes um potencial cariogénico agravado. Também os medicamentos inaladores antiasmáticos possuem na sua composição algum tipo de açúcar. (52) Porém para retirar ilações acerca desta temática teria sido necessário ter questionado o responsável exatamente sobre qual a doença e qual a medicação.

### **5.2.5 Hábitos do bebé/ criança**

Relativamente à alimentação dos bebés/ crianças, o facto de 10,7% dos bebés se alimentarem exclusivamente de leite materno vai de encontro ao esperado, uma vez que cerca de 11,7% dos bebés da amostra têm entre 0 e 6 meses, e considerando que, tal como

descrito no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, é de consenso mundial a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade da criança. (53)

Seguindo as ideias anteriores, o facto de nenhum bebé se alimentar com leite adaptado exclusivo também vai de encontro ao desejável, sendo que se pode inferir que as mães desses bebés entre os 0 e os 6 meses não tiveram a necessidade de substituir o leite materno por leite adaptado/ fórmula. Também o facto de nenhum bebé estar sujeito a aleitamento misto, combinando o leite materno com o leite adaptado/ fórmula, vai de encontro ao desejado, se tal se dever à boa qualidade e quantidade de leite materno da progenitora.

Considerando que a amamentação complementada com outros alimentos deve prolongar-se até aos dois ou mais anos (53), pode-se referir que o facto de 10,7% incluírem na sua alimentação leite materno não exclusivo e outros 10,7% incluírem leite adaptado não exclusivo, vai contra as expectativas, dado que, pelo menos, entre os 6 e os 24 meses, não inclusivé, se encontram 27,2% dos bebés/ crianças, o que é superior aos 21,4% dos bebés que faziam leite materno ou adaptado de forma não exclusiva.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Pediatria (18), a diversificação alimentar deve iniciar-se por volta dos 6 meses, com a introdução gradual de legumes, cereais, carne, peixe, arroz, massa, fruta, até à inserção na dieta familiar após os 12 meses. Portanto o facto de a grande maioria dos bebés/ crianças ter presente na sua alimentação a sopa (87,4%), a papa (60,2%), a fruta (86,4%), a carne e peixe (84,5%) e o arroz/ massa/ batatas (84,5%) vai de encontro ao expectável. O facto de o leite de origem animal estar presente na alimentação de 68,0% das crianças também vai de encontro ao expectável, uma vez que a sua introdução não é recomendada antes dos 12 meses e 79,6% das crianças incluídas neste estudo têm mais de 12 meses. (14) Porém não se pode precisar que nenhum bebé com menos de 12 meses ingerisse leite de origem animal.

O que não é de todo expectável nem desejável é que a maior parte dos bebés/ crianças (73,8%) incluídos neste estudo tenham presente no seu quotidiano o consumo de guloseimas, doces ou refrigerantes, que são totalmente desaconselhados, sobretudo fora das refeições. (3) É de realçar que este tipo de alimentos têm um elevado potencial cariogénico.

O facto de 40,8% dos bebés/ crianças usarem chupeta até ao momento em que os seus responsáveis foram inquiridos encontra-se dentro do expectável, dado que 49,5% dos bebés/ crianças se encontravam entre o 0 e os 36 meses, não inclusivé, e pelo facto de a OMD recomendar que hábitos de sucção não nutritiva como o uso de chupeta cessem

até aos 3 anos de idade, dada a capacidade que a criança ainda apresenta para recuperar de possíveis desarmonias das arcadas dentárias causadas por tal hábito. (4) Existem vários estudos que defendem que os hábitos de sucção digital ou de uso de chupeta podem ser possíveis causadores de má oclusão infantil, como a mordida aberta anterior, a mordida aberta posterior e o aumento do *overjet*. (54)

Surpreendentemente, na tetina das chupetas do bebés apenas era ou já tinha sido colocado medicamento para alívio das cólicas nos primeiros meses, o que vai contra o expectável devido aos relatos de vários pais e cuidadores que colocam mel ou líquidos açucarados nas tetinas, sendo isso totalmente contra-indicado por predispor o aparecimento de cárie. (3)

Da maioria dos bebés/ crianças (72,8%) que fazia algum tipo de alimentação à noite antes de dormir, uma parte significativa deste, 17,3%, bebia leite de origem animal com adição de açúcar/ mel/ chocolate. Tal vai contra o esperado, dado o potencial cariogénico de restos de líquidos açucarados permanecerem na cavidade oral durante todo o período da noite. Dos bebés/ crianças que se alimentavam antes de dormir, 33,3% usavam biberão para o efeito, o que não vai ao encontro ao expectável, dado que o uso do biberão só é recomendado até aos 12 meses. (4) A permanência da tetina com a saída de líquidos açucarados dentro da cavidade oral durante algum tempo facilita o desenvolvimento de um meio favorável ao surgimento de cárie.

Dos bebés/ crianças que se alimentavam durante a noite (33,0%), a maior parte (66,7%) bebia leite materno, seguindo-se o leite adaptado (15,2%). Tais factos estão em consonância com o esperado, dado que bebés de menores idade alimentam-se em intervalos de tempo menores, sendo inevitável alimentarem-se durante a noite. Também é expectável que uma parte destes use o biberão para tal, uma vez que bebem leite adaptado/ fórmula. Também era expectável que a maioria destes se alimentasse entre a 01h e as 03h (90,6%) e entre as 04h e as 06h (78,1%), dado os intervalos de amamentação, geralmente estipulados pelas progenitoras de acordo com as necessidades dos seus bebés.

A 28 dos 103 bebés/ crianças (27,2% ) nunca tinham sido prestados cuidados de higiene oral, o que contraria o esperado dado que as recomendações defendem que mesmo antes da erupção do primeiro dente se deve higienizar as gengivas do bebé. (4)

De acordo com a DGS, a higiene oral deve ter início aquando da erupção do primeiro dente e deve realizar-se todo os dias, duas vezes ao dia, sendo que a escovagem antes de dormir é de carácter obrigatório. Portanto o facto de a 36,0% dos bebés/ crianças, a quem já tinham sido dados cuidados de higiene oral, a escovagem dos seus dentes não

ocorrer todos os dias contraria o expectável. Também não está de acordo com o esperado o facto de 45,3% dos bebés/ crianças realizarem a sua higiene oral sozinhos, uma vez que entre o 0 e os 6 anos a higiene oral deve ser realizada primeiramente pelos pais ou cuidadores e em seguida o bebé/ criança pode fazê-lo, treinando a sua destreza; a partir do momento em que a criança adquira destreza manual e execute a escovagem corretamente pode fazê-la com supervisão, mas nunca sozinha. Os momentos do dia de realização da higiene oral dos bebés/ crianças incluídos neste estudo não vão de encontro ao esperado, realçando que apenas 26,7% dos bebés/ crianças lavava sempre os dentes antes de dormir e não ingeria nenhum alimento depois disso. (3)

O facto de, para a grande maioria dos bebés/ crianças (89,3%), ser usada escova e pasta dentífrica para realizar a sua higiene oral vai de encontro ao expectável. Porém nenhuma criança usava fio dentário e este está recomendado a partir do momento em que existem contactos entre as faces proximais dos dentes, contribuindo para a prevenção das cáries interproximais, o que se prevê acontecer por volta dos 24 meses de idade. (4)

O facto de quase a totalidade dos responsáveis não saber qual a quantidade de flúor presente na pasta dentífrica do bebé/ criança, não vai de encontro ao expectável, uma vez que este é o critério mais importante na escolha da pasta dentífrica a adquirir. Possivelmente as razões para tal acontecer são as mesmas já explanadas para as pastas dos próprios progenitores.

Dos bebés/ crianças em que se conseguiu inferir qual a quantidade de flúor da sua pasta dentífrica, apenas 50% seguia as recomendações da DGS.

Contra o esperado, só em 52,8% dos casos era colocada na escova uma quantidade de pasta dentífrica aproximada ao tamanho da unha do 5º dedo do bebé/ criança, seguindo as orientações da DGS.

Também o facto de maioria dos bebés/ crianças (87,8%), que lavavam os dentes, bochechar com água após escovar os dentes não vai de encontro ao esperado, uma vez que diminuem o tempo de atuação da pasta dentífrica na superfície do esmalte.

Nenhum dos responsáveis realizava qualquer cuidado de higiene oral ao seu bebé/ criança quando tomava medicamentos líquidos durante a noite, o que não está de acordo com o expectável, dado o potencial cariogénico destes medicamentos que contêm na sua composição açúcar. (52) Porém tal comportamento dos adultos provavelmente deve-se a falta de informação ou ao desconforto causado ao bebé/ criança para realizar tal ato, supostamente numa situação de doença.

A visita ao Médico Dentista por parte do bebé/ criança não era o expectável, pois apenas 26 (25,2%) em 103 bebés/ crianças é que já tinham ido a uma consulta de Medicina Dentária. Possivelmente tal ocorreu devido à falta de informação dos responsáveis de que a primeira consulta deve realizar-se aquando da erupção dos primeiros dentes decíduos, ou, no máximo, até ao um ano de idade, estabelecendo-se assim um plano preventivo. (4) Por outro lado, os cuidadores poderiam estar informados mas não ter condições económicas para o fazer ou não considerarem importante fazê-lo.

Dos 26 bebés/ crianças que já tinham visitado o Médico Dentista, a maioria (61,5%) tinha-o feito uma ou duas vezes, o que também não está em harmonia com o esperado, dado que estas visitas devem ocorrer, idealmente de seis em seis meses ou de três em três meses, nos casos de maior risco de cárie. (4)

Dos bebés/ crianças que já tinham visitado o Médico Dentista, 76,9% dos bebés/ crianças tinham-no feito entre os 0 e os 3 anos, e 57,7% entre os 4 e os 6 anos, . Tal pode ser indicativo que os responsáveis não respeitam a frequência e periodicidade recomendada. Os principais motivos destas visitas foram rotina (34,6%) e cárie (30,8%), contrariamente ao desejável, dado que em idades tão precoces o ideal é recorrer ao Médico Dentista no âmbito de um plano preventivo.

O facto de 24,7% dos responsáveis ter referido que apenas levariam o seu bebé/ criança à consulta de Medicina Dentário quando surgisse algum problema e 24,7% ter mencionado que nem sequer sabia quando o iria fazer vai totalmente contra o esperado, demonstrando falta de informação, desinteresse e até negligência.

### **5.2.6 Resultados da condição clínica**

O facto de a maioria dos bebés/ crianças (73,9%) ter apresentado um índice ceod de 0, correspondeu ao desejável, uma vez que a manutenção da dentição decídua são contribui para o normal desenvolvimento da oclusão, permite a função e a estética e mantém o espaço necessário à erupção dos dentes definitivos. (49) No entanto, o maior valor de índice ceod foi de 14, tendo sido verificado em apenas uma criança. Provavelmente esta não tinha acesso a qualquer cuidado de higiene oral, nem a uma alimentação equilibrada e pobre em alimentos cariogénicos.

O índice ceod médio foi de  $1,11 \pm 2,52$ , enquadrando a amostra numa prevalência de cárie muito baixa, para a dentição decídua, indo de encontro ao desejável. (55)

O índice CPOD foi de 0 para a totalidade das crianças com dentes definitivos já erupcionados, o que não era esperado, dado o facto de muitas vezes os cuidadores ou a própria criança não ter a percepção do surgimento dos primeiros molares definitivos, sobretudo os inferiores, e por isso não realizarem a sua escovagem de forma correta nem recorrerem ao Médico Dentista para realizarem os selantes de fissuras, e pelo facto de quando estes dentes erupcionam não terem propriamente função até estabelecerem a sua oclusão.

Relativamente à análise da correspondência entre os dentes presentes na cavidade oral de bebés/ crianças até aos 30 meses com duas tabelas de erupção dentária, verificou-se maior correspondência com a tabela da AAPD do que com a outra e maior correspondência do género feminino para a mesma tabela, relativamente ao género masculino. Tal vai de encontro ao expectável dado os inúmeros fatores que podem interferir na idade de erupção dentária, tais como o próprio desenvolvimento do bebé, a sua alimentação, possíveis patologias e a variabilidade inerente a cada indivíduo. Na literatura é relatada uma variedade multifatorial em cada bebé na erupção dos dentes decíduos e definitivos, podendo verificar-se diferenças de 6 a 9 meses na dentição decídua e de 6 a 12 meses na dentição definitiva, não representando anomalia. Também há relatos de que, normalmente, o género feminino tem tendência à erupção dentária mais precoce relativamente ao género masculino. (56) No entanto, caso o bebé não tenha nenhum dente erupcionado após completar 1 ano, é recomendável que recorra à consulta de Medicina Dentária. (4,57,58)

### **5.2.7 Resultados com significância estatística**

É importante referir que surgiu a necessidade de recodificar algumas variáveis qualitativas, agrupando algumas classes, para que fosse possível aplicar os testes estatísticos usados.

#### **Género do responsável pelo bebé/ criança e o facto de lavar ou não os seus dentes todos os dias**

O facto de haver uma maior tendência dos responsáveis do género feminino (81,2%) em realizarem a sua higiene oral todos os dias, relativamente aos responsáveis

do género masculino, vai de encontro ao expectável dado que, geralmente as mulheres têm maiores preocupações estéticas, incluindo a nível do sorriso, e possivelmente isso faz com que tenham a intenção de preservar a sua dentição sã. No entanto é de realçar que na amostra existem poucos indivíduos do género masculino. Na literatura existem relatos da maior predisposição do género feminino em lavar mais vezes os seus dentes. (59)

### **Habilitações literárias do responsável pelo bebé/ criança e o facto de lavar ou não os seus dentes todos os dias**

Também o facto de as habilitações literárias do responsável estarem relacionadas de forma significativa com o facto de este lavar ou não os seus dentes todos os dias está de acordo com o esperado, sendo que indivíduos com maiores habilitações tiveram maior acesso a quais os comportamentos e cuidados de higiene oral ideais. Daí haver um maior número de responsáveis com ensino secundário ou ensino superior a realizarem a sua higiene oral todos os dias, relativamente aos responsáveis com habilitações literárias até 9º ano. (59)

### **Género do responsável pelo bebé/ criança e o facto de lavar ou não os seus dentes depois do pequeno-almoço**

Em consonância com o facto de o género feminino ter maior tendência em lavar os dentes todos os dias, está o facto de existir uma maior tendência dos responsáveis do género feminino em realizarem a sua higiene oral depois do pequeno-almoço, sendo o expectável, possivelmente devido ao facto de a mulher ter uma maior preocupação estética e provavelmente por visitar mais regularmente a área da saúde e aí ter um maior acesso a informação.

### **Idade do responsável pelo bebé/ criança e o facto de lavar ou não os seus dentes antes de dormir**

A idade do responsável estar relacionada de forma significativa com o facto de este lavar ou não os dentes depois da ceia da noite não vai de encontro ao expectável dada a importância desta escovagem, uma vez que o sono é um período de menor atividade dentária e menor fluxo salivar. (4) Aliando estes factos à permanência de restos de

alimentos na cavidade oral, verifica-se um ambiente bastante favorável ao desenvolvimento de lesões cárias e problemas gengivais. Portanto o facto de haver mais responsáveis entre os 25 e os 40 anos a lavarem os dentes antes de dormir, relativamente aos responsáveis de outras idades, contraria o desejável.

### **Género do responsável pelo bebé/ criança e o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano**

O facto de serem os responsáveis do género feminino a visitarem mais o Médico Dentista no último ano do que os responsáveis do género masculino, não vai de encontro ao desejável, uma vez que visitas regulares permitem estabelecer um plano preventivo e possibilitam a intervenção precoce. Possivelmente o homem tende a recorrer menos à área da saúde dado o seu maior preconceito em expôr os seus problemas físicos e emocionais.

### **Idade do responsável pelo bebé/ criança e o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano**

O facto de a maioria dos responsáveis entre os 25 e os 40 anos terem visitado o Médico Dentista no último ano, enquanto que a maioria dos responsáveis de outras idades não o fez, não se enquadra no expectável, uma vez que, de acordo com o referido anteriormente, visitas regulares em todas as idades permite a interceção precoce de problemas a nível da cavidade oral e não só.

### **Habilitações literárias do responsável pelo bebé/ criança e o facto de ter visitado ou não o Médico Dentista no último ano**

O facto de serem os responsáveis com ensino secundário ou ensino superior a recorrerem mais ao Médico Dentista no último ano, apesar de não ser o desejado, vai de encontro ao expectável, uma vez que, provavelmente, os primeiros terão melhores condições económicas para o fazer.

### **Género do responsável pelo bebé/ criança e o motivo pelo qual visitou o Médico Dentista no último ano**

A existência de uma maior tendência das mulheres em visitarem o Médico Dentista devido a dentes cariados, relativamente aos homens, pode dever-se simplesmente ao facto de estes recorrerem menos ao Médico Dentista.

### **Género do responsável pelo bebé/ criança e o facto de ter conhecimento da existência de Cárie Precoce de Infância**

O facto de nenhum responsável do género masculino ter conhecimento da existência de Cárie Precoce de Infância vai contra o expectável, podendo dever-se ao facto de serem maioritariamente as mães a acompanhar os seus bebés/ crianças às diversas consultas da área da saúde, não tendo estes, por isso, acesso a essas informações.

### **Idade do bebé/ criança (em meses) e alimentação com leite materno exclusivo**

O facto de todos os bebés que se alimentavam de leite materno exclusivo terem entre a 0 a 12 meses, enquadra-se no expectável, dado que a amamentação exclusiva é recomendada até aos 6 meses, podendo prolongar-se no tempo.

### **Idade do bebé/ criança (em meses) e consumo de guloseimas**

O facto de a maior parte dos bebés/ crianças que consumia guloseimas ter mais de 36 meses, vai contra o desejado na medida em que em idades tão precoces as guloseimas, doces e refrigerantes deveriam estar excluídos da alimentação dos bebés/ crianças. Porém o facto de a maioria as consumir a partir dos 3 anos, pode ser uma vantagem dentro do não recomendado, pressupondo que a partir desta idade as crianças e os pais terão uma maior preocupação nos cuidados de higiene oral.

### **Idade do bebé/ criança (em meses) e o uso de chupeta**

O facto de a maior parte dos bebés/ crianças (86%) que usavam chupeta até ao momento terem até 36 meses, vai de encontro ao expectável, uma vez que este hábito de

sucção não nutritiva deve ser eliminado até aos 3 anos de idade, tendo em conta que a criança ainda terá capacidade de reverter possíveis desarmonias dentárias que tenham surgido. (4)

### **Idade do bebé/ criança (em meses) e o uso de biberão para se alimentar à noite antes de dormir**

A maior parte dos bebés/ crianças que usavam biberão para se alimentar à noite antes de dormir terem entre 0 e 36 meses, não vai de encontro ao expectável, uma vez que é recomendado que o hábito do biberão cesse até aos 12 meses. (4)

### **Idade do bebé/ criança (em meses) e a alimentação noturna**

O facto de a grande maioria (91%) dos bebés/ crianças que faziam alimentação nocturna terem até 36 meses, o que vai de encontro ao esperado, possivelmente por aqui se incluírem os bebés de menores idades que fazem amamentação e leite adaptado/ fórmula em menores intervalos de tempos, que por sua vez ocorrem também no período noturno.

### **Idade do bebé/ criança (em meses) e o facto de lavar os dentes**

O facto de a idade do bebé/ criança estar relacionada de forma significativa com o facto de este lavar os dentes, não está de acordo com o expectável, dado que apenas 1 bebé até aos 12 meses, lavava os dentes e quase a totalidade das crianças a partir dos 36 meses o fazia. Tal contraria as recomendações da AAPD e da DGS que orientam os pais e cuidadores para os cuidados de higiene oral comecem até antes da erupção do primeiro dente com a higienização das gengivas. (3,60)

### **Idade do bebé/ criança (em meses) e quem realiza a sua higiene oral**

Verificou-se que a idade do bebé/ criança estava significativamente relacionada com quem realiza a sua higiene oral. Constatou-se que entre os 0 e os 12 meses, nenhum bebé realizava a sua higiene oral sozinho, mas a partir dos 36 meses a maior parte das crianças lavava os dentes sozinha. O facto de nenhum bebé até aos 12 meses realizar a

sua higiene oral vai de encontro ao expectável. Porém o facto de nas outras idades uma parte significativa destes o fazer sozinho vai contra o esperado, dado que ainda não têm a destreza nem a técnica apurada para o realizarem corretamente. Daí ser recomendado que a higiene oral entre os 0 e os 6 anos seja realizada pelos pais ou cuidadores e só depois pelo bebé/ crianças. (3)

### **Idade do bebé/ criança (em meses) e o facto de já ter visitado o Médico Dentista**

A relação que se obteve entre a idade do bebé/ criança com o facto de este já ter visitado ou não o Médico Dentista, não está de acordo com o expectável, dado que até aos 12 meses, nenhum bebé tinha ido à consulta de Medicina Dentária, e a grande maioria tinha ido a partir dos 36 meses, o que não garante que o tenham feito logo aos 3 anos. Este comportamento dos cuidadores contraria as recomendação da DGS e da OMD, que defendem que bebés/ crianças devem iniciar as suas consultas de Medicina Dentária após a erupção do primeiro dente, ou em alternativa até completarem um ano. (3,4)

### **Habilitações literárias do responsável e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes todos os dias**

Verificou-se que havia um maior número de bebés/ crianças de responsáveis com ensino secundário ou ensino superior a lavarem os dentes todos os dias, relativamente aos de responsáveis com habilitações literárias até ao 9º ano. Tal vai de encontro ao esperado, dado que o facto de os indivíduos terem maiores habilitações literárias pode significar que terão maior facilidade de acesso a informações sobre hábitos de higiene oral, bem como maior interesse.

### **Habilitações literárias do responsável e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes depois do pequeno-almoço**

Na mesma linha de pensamento do referido anteriormente se constata que era expectável que houvesse um maior número de bebés/ crianças de responsáveis com ensino secundário ou ensino superior a lavarem os dentes depois do pequeno-almoço, relativamente aos de responsáveis com habilitações literárias até ao 9º ano.

### **Género do responsável e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes depois do pequeno-almoço**

O facto de o género do responsável estar relacionado de forma significativa com o facto de o bebé/ criança lavar os dentes depois do pequeno-almoço, contraria as expectativas, uma vez que que ambos os cuidadores, tanto do género feminino como do género masculino deveriam preocupar-se com a higiene oral do seu bebé/ criança. Possivelmente, como as mães são, geralmente a figura mais próxima da criança e as acompanham mais às consultas na área da saúde, terão uma maior preocupação com a higiene oral do bebé/ criança.

### **Momentos do dia em que o responsável e o bebé/ criança realizam a higiene oral: lavar os dentes depois do pequeno-almoço**

O facto de o responsável lavar os dentes depois do pequeno-almoço e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes na mesma altura estarem significativamente relacionados vai de encontro ao esperado, dado que os bebés/ crianças tendem a adquirir as suas competências e hábitos por imitação, e neste caso por imitação dos adultos mais próximos. (61) Daí existir uma tendência para que o bebé/ criança lave os dentes depois do pequeno-almoço quando o responsável o faz.

### **Índice ceod e o facto de o bebé/ criança incluir na sua alimentação leite materno (de forma não exclusiva)**

O facto de o grupo de bebés/ crianças que bebia leite materno de forma não exclusiva apresentar valores mais baixos do índice ceod, quando comparados com aqueles que não bebiam, de todo, leite materno, enquadra-se no expectável, dado que, geralmente os bebés/ crianças que ainda se amamentam ainda não terão introduzido uma grande variedade de alimentos no seu quotidiano, estando, provavelmente, ainda livres de alimentos com carácter cariogénico.

### **Índice ceod e o facto de o bebé/ criança incluir na sua alimentação leite de origem animal**

Também o facto de o índice ceod ter valores mais elevados para o grupo de bebés/ crianças que já consumia leite de origem animal, relativamente aos que não consumiam, está de acordo com o esperado, dado que o leite animal é normalmente indicado a partir dos 12 meses, quando o bebé passa a fazer parte da dieta familiar e possivelmente aí tem acesso a alimentos mais açucarados e cariogénicos.

### **Índice ceod e o facto de o bebé/ criança consumir guloseimas**

É evidente que o facto de o índice ceod apresentar valores mais altos para o grupo de crianças que consumiam guloseimas, relativamente aos que não o faziam, vai ao encontro do esperado, tendo em conta que doces, refrigerantes e outros alimentos açucaradas proporcionam um ambiente oral altamente cariogénico.

### **Índice ceod e o facto de o bebé/ criança lavar os dentes todos os dias**

Também é expectável que o índice ceod esteja relacionado de forma significativa com o facto de o bebé/ criança lavar os dentes todos os dias e que o grupo que lavava os dentes todos os dias apresente valores mais baixos do índice de cárie, dado que promovem a higienização regular das superfícies dentárias e fortalecem a superfície de esmalte através da atuação tópica do flúor presente nas pastas dentífricas usadas.

## **5.3 Limitações do estudo**

Como limitação deste estudo pode identificar-se o facto de se tratar de uma amostra de conveniência e, como tal, o ideal é obter o maior número de indivíduos. Outra limitação do estudo foi o tempo disponível para a realização da recolha de dados. Também o facto de não se ter conseguido uma amostra distribuída de forma homogénea entre mães e pais, pode ter significado uma limitação, uma vez que, por sua vez, os aconselhamentos dados não alcançaram os pais de igual forma. Outra das limitações do estudo foi o facto de não se ter obtido uma distribuição mais homogénea ao nível das idades dos bebés e

crianças e ao nível do meio de residência. O facto de ter surgido a necessidade de agrupar classes de variáveis de modo a conseguir as condições necessárias para a realização de testes estatísticos pode ter constituído uma limitação, pois pode originar resultados menos detalhados. Além disto, o facto de o gabinete destinado à recolha de dados não ter sido propriamente um consultório de Medicina Dentária trouxe algumas carências, como o jato de ar/ água e a cadeira, aquando da realização do exame intra-oral.



## **VI. Conclusões**



Após completadas todas as tarefas inerentes aos objetivos previamente estabelecidos para o corrente trabalho de investigação, concluiu-se que:

1. A promoção da saúde oral e aconselhamento aos pais/ tutores não atingiu uniformemente a população estudada, pois 59,2% dos pais/ tutores referiu não ter recebido informações de como devia realizar a higiene oral do bebé/ criança. Os pais que receberam esses ensinamentos afirmaram que estes lhes foram principalmente transmitidos nas consultas da Unidade de Saúde Familiar (45,2%) e nas consultas de Medicina Dentária (26,2%).

2. Relativamente aos hábitos de higiene oral, a 27,2% dos bebés/ crianças nunca foi realizado nenhum procedimento de higiene oral. Dos 72,8% bebés/ crianças que lavavam os dentes, 36,0% não o fazia todos os dias. 45,3% dos pais/ tutores referiram que era o próprio bebé/ criança que realizava a sua higiene oral, sem acompanhamento. No que concerne aos momentos do dia em que realizavam a higiene oral do bebé/ criança, 50,7% dos bebés/ crianças realizava a sua higiene oral depois do pequeno-almoço; à maioria dos bebés/ crianças, 78,7%, nunca foi realizada a higiene oral depois do almoço; apenas a 26,7% dos bebés/ crianças era realizada a higiene oral antes de dormir, sempre, não ingerindo alimentos depois disso. Na maioria dos bebés/ crianças, 89,3%, era usada escova e pasta dentífrica na realização da sua higiene oral. A grande maioria dos pais/ tutores, 97,3%, referiu não saber qual a quantidade de flúor da pasta dentífrica dos bebés/ crianças. Relativamente à quantidade real de flúor a que os bebés/ crianças eram expostos, constatou-se que 15,9% era exposta a apenas 250 ppm de flúor, 34,1% a 500 ppm de flúor, 38,6% a 1000 ppm de flúor, 9,1% a 1450 ppm de flúor e 2,3% a 1500 ppm de flúor. Apenas a 52,8% dos bebés/ crianças era colocada uma quantidade de pasta dentífrica semelhante ao tamanho da unha do 5º dedo do bebé/ criança. A grande maioria dos bebés/ crianças, 87,8%, bochechava com água após a realização da sua higiene oral. Tais factos indicam que nem todos os pais/ tutores estariam informados de quais as boas práticas de higiene oral a realizar no seu bebé/ criança todos os dias, particularmente na frequência aconselhada e na quantidade de flúor que a pasta deve conter.

3. 65,5% das mães afirmou ter visitado o seu Médico Dentista durante a gravidez, porém apenas 7,4% dessas recebeu nessa consulta informação acerca

da higiene oral do bebê, o que indica que a promoção da saúde oral não está a ser realizada pela generalidade destes profissionais.

4. A maioria dos pais/ tutores (75,7%) lava os dentes todos os dias. Destes, 40,8% nunca lava os dentes de manhã depois do pequeno-almoço. 77,7% dos pais/ tutores nunca lava os dentes depois do almoço. Apenas 11,7% mencionou nunca lavar os dentes antes de dormir, o que significa que a maioria o fazia. Portanto ou não receberam informações sobre a correta higiene oral ou não atribuem importância a esta questão. Se estes pais/ tutores não se preocupam com a sua higiene oral, poderão não inculcar os corretos cuidados de higiene oral aos seus bebês/ crianças. A maior parte dos pais/ tutores, 55,0%, usava apenas escova e pasta dentífrica para realizar a sua higiene oral. A totalidade dos pais/ tutores, 100,0%, não sabia qual a quantidade de flúor da sua pasta dentífrica. 98,0% bochechava com água após escovar os dentes com pasta dentífrica, logo o período de atuação da mesma era muito reduzido.

A maioria dos pais/ tutores, 68,0%, visitou o Médico Dentista no último ano, porém, 32,0% não o fez, o que revela falta de preocupação com a sua saúde oral, falta de informação de que o devem fazer pelo menos uma vez por ano ou impossibilidades económicas. Os principais motivos dessas visitas ao Médico Dentista, foram tratamento de cáries, em 47,1% dos casos, e rotina (incluindo destarização), em 38,6% dos casos. 40,0% dos pais/ tutores visitou o Médico Dentista mais do que três vezes, no último ano, o que demonstra a necessidade que os doentes apresentam. 90,3% referiu já lhes terem sido tratados dentes cariados. Também a maioria dos pais/ tutores, 67,0%, mencionou que já lhes tinham sido extraídos dentes (excluindo terceiros molares). 47,1% dos pais/ tutores mencionou que já lhes tinham sido extraídos entre 2 a 4 dentes. A grande maioria, 94,1%, mencionou que esses mesmos dentes tinham sido extraídos devido a cárie.

5. Apenas 26,2% dos pais/ tutores tinha conhecimento da existência da Cárie Precoce de Infância, e desses, a maioria, 51,9% mencionou ter adquirido essa informação através do seu Médico Dentista. Os restantes distribuem-se entre as consultas de saúde infantil na Unidade de Saúde Familiar (11,1%), por conhecerem algum caso (11,1%), através da internet/ revistas/ panfletos (7,4%), através do Médico Pediatra (3,7%) ou através de um familiar (3,7%). Tal é também indicador de que a promoção da saúde oral e o alerta para os possíveis

problemas de cuidados de higiene oral insuficientes/ inexistentes, para as faixas etárias em estudo e nesta população, não foi corretamente realizada pelos devidos responsáveis. Apesar de a maioria dos pais/ tutores ter considerado tanto a higiene oral do bebé/ criança como a dentição decídua extremamente importantes (85,4% e 78,6%, respetivamente), 73,8% dos bebés/ crianças, consumia guloseimas, refrigerantes, bolachas açucaradas e doces. Dos 72,8% bebés/ crianças que faziam algum tipo de alimentação antes de adormecer, 17,3% bebia leite de origem animal com adição de açúcar/ mel/ chocolate e 6,7% consumia papa. Dos 33,0% bebés/ crianças que fazia algum tipo de alimentação durante a noite, 66,7% bebia leite materno, 15,2% bebia leite adaptado, 12,1% bebia leite simples de origem animal e 6,1% comia papa. A totalidade dos pais/ tutores, 100,0%, referiu que nunca lava os dentes do bebé/ criança quando este toma medicamentos em xarope durante a noite. Todos estes fatores são possíveis predisponentes da Cárie Precoce de Infância, sendo que bebés/ crianças que tenham comportamentos como estes no seu quotidiano poderão ter maior probabilidade de desenvolver cárie dentária.

6. Os hábitos dos pais/ tutores poderão influenciar os hábitos dos seus bebés/ crianças, sendo que se verificou parecer haver uma tendência para que a criança lave mais os dentes depois do pequeno almoço quando o responsável o faz. Nestas idades, é imprescindível o exemplo que as crianças adquirem dos pais, uma vez que aprendem por imitação.

7. A grande maioria dos pais/ tutores, 85,4%, considerou os hábitos de higiene oral do bebé/ criança extremamente importantes, porém a 27,2% dos bebés/ crianças não era realizada a sua higiene oral e dos 72,8% que realizavam higiene oral, 36,0% não lavavam os dentes todos os dias. Também a maioria dos pais/ tutores, 78,6%, considerou a dentição decídua extremamente importante. 82,5% mencionou não atribuir maior importância à dentição definitiva do que à dentição decídua. Porém estas considerações dos pais/ tutores não correspondem na prática aos cuidados de higiene oral que têm para com os seus bebés/ crianças.

8. Apenas 2,7% dos pais/ tutores sabia a quantidade de flúor da pasta dentífrica dos seus bebés/ crianças. Provavelmente, por não terem recebido recomendações relativamente a esta temática, a compra da pasta não tem esta característica em consideração.

9. Apenas 25,2% dos bebés/ crianças tinha visitado o Médico Dentista. Desses, 42,3% apenas o fizeram uma vez e 11,5% três vezes. Os dois principais motivos foram rotina, em 34,6% dos casos e cárie dentária, em 30,8% dos casos. Os pais/ tutores dos bebés/ crianças que nunca tinham visitado o Médico Dentista (74,8%) referiram que pretendiam levá-los à consulta de Medicina Dentária entre os 0 e os 3 anos, em 24,7% dos casos, entre os 3 e os 6 anos em 24,7% dos casos, 24,7% afirmou não saber, 24,7% referiu que o faria apenas quando surgisse algum problema e 1,3% dos pais/ tutores mencionou que adiaria essa consulta para depois dos 6 anos. A maioria dos pais/ tutores considerou que rotina (87,3%), dores de dentes ou gengivas (94,1%), dentes cariados (95,1%), dentes escurecidos ou com manchas (90,2%) e dentes aparentemente mal posicionados (61,8%) são motivos válidos para recorrer com o seu bebé/ criança à consulta de Medicina Dentária. Portanto parte dos pais/ tutores não estavam informados de quando e quantas vezes, nem quais os motivos pelos quais devem recorrer à consulta de Medicina Dentária com os seus bebés/ crianças.

10. A maioria dos pais/ tutores, 82,8%, considerou que deve haver um maior cuidado com a higiene oral do bebé/ criança com o avançar da idade; se por um lado isso pode significar que efetivamente os pais aumentam os cuidados de higiene oral do bebé/ criança porque este está cada vez mais exposto a alimentos cariogénicos, por outro lado pode querer dizer que esses pais/ tutores iniciam os cuidados de higiene oral do bebé/ criança mais tarde.

11. Parte dos pais/ tutores não se mostrou ciente de que cuidados de higiene oral insuficientes ou inexistentes para com o seu bebé/ criança prejudicam a sua saúde oral e geral, pois apesar de a maioria ter considerado tanto a higiene oral do bebé/ criança como a dentição decídua extremamente importantes (85,4% e 78,6%, respetivamente), não realizam de facto corretamente a higiene oral dos seus bebés/ crianças.

12. Constatou-se que o índice ceod individual difere significativamente entre os bebés/ crianças que lavam os dentes todos os dias e os que não o fazem, sendo que aqueles que usufruem de uma higiene oral diária apresentam menores valores de índice ceod individual, portanto é de extrema importância alertar todos os pais/ tutores de tal facto, chegando a toda a população.

13. Não se observou nenhum dente definitivo cariado (índice CPOD de 0). Relativamente à dentição decídua a maioria dos bebés/ crianças, 73,9%, estava

livre de cárie, não apresentava obturações dentárias nem dentes perdidos por cárie (índice ceod de 0). Constatou-se também que a prevalência de cárie na dentição decídua da população estudada foi muito baixa, pois obteve-se um índice ceod comunitário de 1,1. Verificou-se também que o índice ceod individual diferiu significativamente entre os bebês/ crianças que consumiam guloseimas daqueles que não o faziam, uma vez o grupo que consumia guloseimas apresentava valores do índices ceod mais elevados, portanto uma dieta rica em alimentos açucarados e processados será mais propícia ao aparecimento de cárie.

14. As habilitações literárias do pai/ tutor e o facto de este lavar os dentes todos os dias estavam relacionados, pois  $54/64=84\%$  dos pais/tutores com ensino secundário ou superior lavavam os dentes todos os dias, enquanto que essa percentagem baixava para  $24/39=61,5\%$  para os pais/ tutores com habilitações literárias até ao 9º ano. Verificou-se uma relação entre as habilitações literárias dos pais/ tutores e o facto de estes terem ido ao Médico Dentista no último ano, pois  $50/64=78\%$  dos pais/ tutores com ensino secundário ou superior recorreram ao Médico Dentista no último ano, enquanto que dos pais/ tutores com habilitações literárias até ao 9º ano apenas  $20/39=51\%$  o fizeram. Também as habilitações literárias do pai/ tutor e o facto do bebê/ criança lavar os dentes todos os dias estavam relacionados, pois a maioria dos pais/ tutores com ensino secundário ou superior tinham bebês/ crianças que lavavam os dentes todos os dias ( $34/46=74\%$ ), enquanto que essa percentagem descia para  $14/29=48\%$  para os pais/ tutores com habilitações literárias até ao 9º ano. A maioria dos pais/ tutores com ensino secundário ou superior tinham bebês/ crianças que lavavam os dentes depois do pequeno almoço ( $31/46=67\%$ ), enquanto que essa percentagem descia para  $6/29=21\%$  para os pais/ tutores com habilitações literárias até ao 9º ano. Aferiu-se que a residência do pai/ tutor e o facto de este lavar os dentes todos os dias estavam relacionados, pois  $39/57=68\%$  dos pais/ tutores que moravam numa aldeia ou numa vila lavavam os dentes todos os dias, enquanto que essa percentagem subia para  $85\%$  para os moradores na cidade. Verificou-se uma maior tendência das mulheres ( $81,2\%=69/85$ ) em lavarem os dentes todos os dias, relativamente aos homens ( $50\%=9/18$ ) e verificou-se também uma maior tendência das mulheres ( $65,9\%=56/85$ ) em lavarem os dentes depois do pequeno-almoço, relativamente aos homens ( $27,8\%=5/18$ );

porém é de salvaguardar que existem, na amostra, poucos homens. Verificou-se existir uma relação entre a idade do pai/ tutor e o facto de este lavar os dentes antes de dormir, pois a grande maioria ( $79/83=95\%$ ) dos responsáveis com 25-40 anos lavavam os dentes antes de dormir, enquanto que noutras idades, essa percentagem descia para  $12/20=60\%$ . Verificou-se que as mulheres visitaram mais ( $62/85=72,9\%$ ) o Médico Dentista no último ano do que os homens ( $8/18=44,4\%$ ). Constatou-se existir uma relação entre a idade do pai/ tutor e o facto de este ter visitado o Médico Dentista no último ano, pois a maioria dos responsáveis com 25-40 anos recorreram ao Médico Dentista ( $63/83=76\%$ ).

15. No que diz respeito à comparação entre os dentes presentes na cavidade oral de bebés/ crianças até aos 30 meses com a tabela de erupção dentária recomendada pela AAPD e e com a presente no livro “Dentistry for the Child and Adolescent, McDonald and Avery’s” constatou-se existir, no total, uma maior correspondência para com a primeira tabela (AAPD), portanto estas e outras tabelas de cronologia de erupção dentária devem ser encaradas como uma orientação e não como requisito obrigatório a cumprir por todos os indivíduos.

16. Os pais/ tutores foram instruídos de que a alimentação do bebé/ criança deve ser livre de alimentos processados e açucarados. Recomendou-se aos pais/ tutores que a higiene oral do bebé/ criança deve ser iniciada mesmo antes da erupção do primeiro dente, de modo a que este se habitue gradualmente ao ritual. Informaram-se os pais/ tutores de que a higiene oral do bebé/ criança deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, sendo que a escovagem da noite é de carácter obrigatório. Incentivou-se a que a escovagem demorasse cerca de três minutos, acompanhada de pasta dentífrica fluoretada com uma concentração de flúor entre os 1000 e os 1500 ppm de flúor. Instruiu-se os pais/ tutores de que a quantidade de pasta dentífrica para bebés/ crianças entre os 0 e os 6 anos deve corresponder ao tamanho da unha do 5º dedo da criança; recomendou-se que esta quantidade seja equivalente a 1 centímetro a partir dos 6 anos. Recomendou-se que o bebé/ criança não bochechasse com água após escovar. Ensinou-se também aos pais/ tutores que na faixa etária dos bebés/ crianças em questão (0-6 anos) a higiene oral deve ser executada primeiramente pelo adulto responsável e só depois posteriormente pelo bebé/ criança. Recomendou-se o uso de fio dentário para os casos em que existisse contacto proximal entre os dentes.

17. Recomendou-se que a primeira visita ao Médico Dentista do bebé/ criança seja feita após a erupção do primeiro dente decíduo e que posteriormente se realizem visitas de 6 em 6 meses ou de 3 em 3 meses, consoante a avaliação do risco. Instruíram-se também os próprios pais/ tutores a adquirirem uma alimentação saudável e a realizarem a sua higiene oral pelo menos duas vezes ao dia. Motivaram-se os pais/ tutores a visitar o Médico Dentista a cada 6 meses. Reforçou-se a ideia de que os hábitos dos pais/ tutores servirão sempre de exemplo no estabelecimento dos hábitos dos seus bebés/ crianças.



## Bibliografia

1. Areias C, Macho V, Frias-Bulhosa J, Guimarães H, Andrade C De. Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediátrica Port.* 2008;39(4).
2. Loureiro I, Miranda N, Pereira Miguel JM. Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Rev Port Saúde Pública [Internet]*. 2013;31(1):23–31. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870902513000266>
3. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. 2005;
4. Ordem dos Médicos Dentistas - OMD. 2017.
5. INE - Instituto Nacional de Estatística [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who.int/eportuguese/countries/prt/pt/>
6. Divaris K. Precision Dentistry in Early Childhood. *Dent Clin North Am [Internet]*. 2017;61(3):619–25. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0011853217300265>
7. Province S, Province S, Province S. Risk Factors associated with Early Childhood Caries. 2017;97–104.
8. Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade C De. Cárie precoce da infância – o estado da arte. *Soc Port Pediatr.* 2010;217–21.
9. Melo PR. Influência de diferentes métodos de administração de fluoretos nas variações de incidência de cárie. Universidade do Porto; 2001.
10. Noronha M dos S, Rom??o DA, Cury JA, Tabchoury CPM. Effect of fluoride concentration on reduction of enamel demineralization according to the cariogenic challenge. *Braz Dent J.* 2016;27(4):393–8.
11. Society ID, That A, Doll M, Disease I, Expenditure M, Survey P. Regular dental visits may help prevent pneumonia , study shows. 2017;
12. Nunes E, Breda J. Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância. 2001.
13. Oddy WH. Breastfeeding, Childhood Asthma, and Allergic Disease. *Ann Nutr Metab [Internet]*. 2017;70(2):26–36. Available from: <https://www.karger.com/?doi=10.1159/000457920>
14. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H, et al. Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Port.* 2012;43(5).
15. Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, et al. Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;
16. Meyer PG. Tongue lip and jaw differentiation and its relationship to orofacial myofunctional treatment. *Int J Orofac Myol.* :34:36-45.
17. Northstone K, Emmett P, Nethersole F. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet.* 2001;14(1):43–54.
18. Silva AI, Aguiar G. Artigo de revisão DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DIVERSIFICATION IN THE FIRST YEAR OF FOOD LIFE. *Acta Med Port.*

- 2011;24(s4):1035–40.
19. Macé K, Shahkhalili Y, Aprikian O, Stan S. Dietary fat and fat types as early determinants of childhood obesity: a reappraisal. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30 Suppl 4:S50–7.
  20. Freeman, R. McKeown, A. McQueen, A. Roberts, S. Speedy, P. Wilkinson C. Nutrition and dental health. Guidelines for professionals. *Heal Promot*. 2008;
  21. BOTELHO JN, VILLEGAS-SALINAS M, TRONCOSO-GAJARDO P, GIACAMAN RA, CURY JA. Enamel and dentine demineralization by a combination of starch and sucrose in a biofilm – caries model. 2016;
  22. Rugg-Gunn A. Dental Caries: Strategies to control this preventable disease. *Acta Med Acad [Internet]*. 2013;42(2):117–30. Available from:  
<http://www.ama.ba/index.php/ama/article/view/183>
  23. American Academy of Pediatric Dentists. Policy on use of fluoride. *Oral Heal Policies [Internet]*. 2014; Available from: 0.1002/chin.200327230
  24. Rompante P. Mecanismos preventivos do flúor e cárie dentária. *Acta Pediátrica Port [Internet]*. 2009;40(5):223–8. Available from:  
[http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/18/20100222114611\\_Art\\_Actual\\_Rompante\\_P\\_40\(5\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/18/20100222114611_Art_Actual_Rompante_P_40(5).pdf)
  25. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. 2007; Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607600312>
  26. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants , Children , and Adolescents. *Am Acad Pediatr Dent*. 2014;
  27. Scottish intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk. 2000;(47):1–42.
  28. Passos IA, Sampaio FC, Martínez CR, Freitas CHSDM. Sucrose concentration and pH in liquid oral pediatric medicines of long-term use for children. *Rev Panam salud pública [Internet]*. 2010;27(2):132–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20339617>
  29. Xavier AFC, Moura EF, Azevedo WF, Vieira FF, Abreu MH, Cavalcanti AL. Erosive and cariogenicity potential of pediatric drugs: study of physicochemical parameters. *BMC Oral Health [Internet]*. 2013;13(1). Available from:  
<http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-13-71>
  30. Committee AA of PDCA, Affairs AA of PDC on C. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent [Internet]*. 2005;27(7 Suppl):36–7. Available from:  
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=16541880>
  31. Cosme P, Marques PF. Cáries Precoces de Infância - Uma Revisão Bibliográfica. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2005;
  32. Pedro PG, Falcão MC. Cronologia de erupção dos primeiros dentes decíduos em crianças nascidas prematuras com peso inferior a 1500g. *Rev Paul Pediatr*. 2014;32(1):17–23.
  33. Carvalho A. Sintomatologia associada à erupção dentária: uma perspetiva atual no âmbito da

- odontopediatria. Universidade Fernando Pessoa, Porto; 2015.
34. Logan W, Kronfeld R. Development of the human jaws and surrounding structures from birth to the age of fifteen years. *Journal of the American Dental Association*. 1933.
  35. Dental Growth and Development. *Am Acad Pediatr Dent*. 2003;
  36. McDonald. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 9th ed. Mosby; 2011..pdf. In p. 151.
  37. Amaral Â, Melão N. O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Rev Port Saude Publica*. 2016;34(1):53–60.
  38. Galindo EM de V, Pereira JA da C, Feliciano KV de O, Kovacs MH. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013;5(2):199–208.
  39. De Anselme Peres KG, De Magalhães Bastos JR, De Oliveira Latorre MDRD. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Revista de Saude Publica*. 2000;402–8.
  40. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral- Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. 2008;
  41. Júnior Á, Júnior N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*. 2011;7(7):237–50.
  42. Pechorro P, Barroso R, Silva I, Marôco J, Gonçalves RA. Propriedades psicométricas da Escala de Respostas Socialmente Desejáveis - 5 (SDRS-5) em jovens institucionalizados. *Rev da Assoc Port Psicol*. 2016;30(1):29–36.
  43. Antunes C. A medicina dentária e a gestação. “estarão as grávidas cientes da importância da saúde oral para elas próprias e para a criança que irá nascer?” Universidade Católica Portuguesa; 2016.
  44. INE - Instituto Nacional de Estatística [Internet]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE)
  45. Busato P, Garbín RR, Santos CN, Paranhos LR, Rigo L. Influence of maternal anxiety on child anxiety during dental care: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2017;135(2):116–22.
  46. Barómetro nacional de saúde oral. *Ordem dos Médicos Dentistas*. 2015;
  47. Carneiro V. CÁRIES PRECOCES DA INFÂNCIA: ETIOLOGIA E PREVENÇÃO Vanessa Ribeiro Carneiro CÁRIES PRECOCES DA INFÂNCIA : ETIOLOGIA E PREVENÇÃO. Universidade do Porto; 2014.
  48. Castilho ARF de, Mialhe FL, Barbosa T de S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children’s oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(2):116–23.
  49. Murata, Celina; Yamane, Flávia Dias; Pinheiro, Dalmo Pina; Molina LA. Importância da manutenção de espaço em odontopediatria. 2007;
  50. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Vacinação - 2017. 2017;
  51. DGS. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção Geral de Saúde. 2012;1–107.
  52. Leite F, Leite C, Correia A, Pinto M a E. Medicamentos pediátricos e cáries dentárias – Perceções e atitudes de um grupo de tutores pediátricos em Vila Nova de Gaia. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2011;52(4):193–9.
  53. SNS. Direção-Geral da Saúde - Aleitamento materno [Internet]. Available from:

- <http://www.dgs.pt>
54. Macho V, Andrade D, Areias C, Norton A, Coelho A, Macedo P. Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2012;53(3):143–7.
  55. OMS. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Available from: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>
  56. Marques M, Lima S. Problemas de erupção dentária. :28–9.
  57. Saraiva CDEM. Erupção da Dentição Decídua : Alterações Locais e Sistémicas ? Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2015.
  58. Duarte M. FATORES ASSOCIADOS À CRONOLOGIA DE ERUPÇÃO DE DENTES DECÍDUOS - REVISÃO DE LITERATURA: Erupção de dentes decíduos e fatores associados. *Rev da Univ Val do Rio Verde.* 2011;
  59. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Rev Port Saude Publica.* 2013;31(2):158–65.
  60. AAPD. Guideline on Perinatal Oral Health Care. 2016;
  61. Rodrigues C. Comportamentos , Hábitos E Conhecimentos De Saúde Oral Das Crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. 2008.

## **Anexos**



## Anexo I - Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido



### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

#### **de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

**Título do estudo:** *Consulta dos 0 aos 6 anos – análise dos pacientes de uma unidade de saúde familiar*

**Enquadramento:** Investigação no âmbito académico a realizar em Santa Comba Dão, Viseu, tendo como responsável a Professora Doutora Andreia Figueiredo, docente da Universidade Católica Portuguesa e a aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Ana Carolina Soares Baptista. O estudo será apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

**Explicação do estudo:** O estudo a realizar implica a resposta a um questionário constituído por 76 questões, com o objetivo de avaliar os hábitos de higiene oral e a saúde oral de bebés e crianças com idade compreendida entre os 0 e os 6 anos. Requer ainda a avaliação da cavidade oral do bebé/ criança e o registo fotográfico da mesma caso seja pertinente. Pretende também recolher informações sobre a forma como o pai/ mãe/ tutor executa a higiene oral do bebé/ criança, definir se existe ou não uma relação entre a preocupação que a mãe/ pai/ tutor tem para com a sua própria higiene oral e a que tem para com a do bebé/ criança, e verificar se a mãe/ pai/ tutor tem conhecimento da possibilidade de existência de Cárie Precoce de Infância e seu impacto.

**Condições:** Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos. A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o

seu consentimento em qualquer etapa de estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis e com total ausência de prejuízos, assistências ou outros, caso não queira participar.

Ao decidir participar, pode efetuar todas as questões que achar necessárias para o seu esclarecimento ou facultar informações aos responsáveis do estudo em qualquer etapa do mesmo.

**Confidencialidade e anonimato:** Os dados recolhidos para o presente são de uso exclusivo do investigador e tratados de forma a garantir a sua confidencialidade. A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade promovendo o seu anonimato. A análise dos dados recolhidos será efetuada em ambiente que garante a privacidade dos mesmos, sendo os mesmos utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto.

**Assinatura dos responsáveis pelo projeto:**

**A aluna:** \_\_\_\_\_

**O Docente/Orientador:** \_\_\_\_\_

**Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinaram. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Santa Comba Dão, Viseu** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Anexo II – Questionário



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
LISBOA · PORTO · VISEU

Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde - Viseu  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
2016-2017

### Questionário

#### **“Consulta dos 0 aos 6 anos – análise dos pacientes de uma Unidade de Saúde Familiar”**

Ana Carolina Soares Baptista, aluna do 5º ano  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

Este questionário é constituído por 76 questões, a preencher por meio de entrevista. Tem como intuito avaliar os hábitos de higiene oral nas faixas etárias em estudo, bem como o conhecimento dos pais/ tutores no que diz respeito à temática em questão.

A entrevista terá uma duração estimada de 7 minutos.

O seu contributo é crucial para a obtenção de dados estatísticos fundamentais para a elaboração desta dissertação.

O questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais e serão utilizados apenas com uma finalidade estritamente científica.

**Dados do responsável pelo bebê/ criança**

**1- Identificação (iniciais):** \_\_\_\_\_

**2- Idade:** < 25 anos       25-40 anos       > 40 anos

**3- Género:** Feminino       Masculino

**4- Residência:** Aldeia       Vila       Cidade

**5- Grau de parentesco:** Mãe       Pai       Avós       Outro

**6-Habilitações literárias:**

< / = 4ºano	
5º- 9º ano	
10º - 12º ano	
Ensino superior	

**7- Lava os seus dentes todos os dias?**

Sim       Não

**8- Momentos do dia em que lava os seus dentes:**

**8.1-Lava de manhã, antes de tomar o pequeno-almoço?**

Sim, sempre       Sim, às vezes       Não

**8.2-Lava de manhã, depois de tomar o pequeno-almoço?**

Sim, sempre       Sim, às vezes       Não

**8.3-Lava de manhã, depois do lanche da manhã?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**8.4-Lava depois do almoço?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**8.5-Lava depois do lanche da tarde?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**8.6-Lava depois do jantar?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**8.7- Lava antes de dormir?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**9- Como lava os seus dentes?**

Usa apenas a escova  Usa apenas pasta dentífrica  Usa escova e pasta dentífrica

Usa escova, pasta dentífrica e elixir

Usa escova, pasta dentífrica e fio dentário/ escovilhão

Usa escova, pasta dentífrica, fio dentário/ escovilhão e elixir  Outros

**9.1- Se usa pasta dentífrica:**

**9.1.1- Sabe qual a quantidade de flúor que contém?** Sim  Não

**9.1.2- Qual a quantidade de pasta dentífrica que coloca na escova?**

Preenche todo o comprimento da escova

Coloca uma quantidade inferior ao comprimento da escova

**9.1.3- Bochecha com água após escovar?**

Sim  Não

**10- No último ano visitou o seu Médico-Dentista?**

Sim  Não

**10.1- Se sim, quantas vezes?**

Uma vez  Duas vezes  Três vezes  Mais do que três vezes

**10.2- Se sim, porque motivos recorreu ao seu Médico-Dentista?**

Rotina (inclui destartarização)  Cárie dentária  Realização de prótese removível

Colocação de implantes dentários  Cheque dentista da grávida

Outro

**11- Já lhe foi extraído algum dente (exlui 3<sup>o</sup>s molares)?**

Sim  Não

**11.1- Se sim, quantos?** 1 dente  2 a 4 dentes  > 4 dentes

**11.2- Se sim, porque motivo?**

Cárie  Fratura dentária  Outro

**12- Já lhe foram tratados dentes cariados?**

Sim  Não

**12.1- Se sim, quantos?**

1 dente  2 a 4 dentes  > 4 dentes  Não sabe

**13- Durante a gravidez foi a alguma consulta do seu Médico-Dentista?**

Sim  Não

**13.1- Se sim, recebeu alguma informação acerca da higiene oral do bebé?**

Sim  Não

**14- Tem conhecimento da existência de Cárie Precoce de Infância?**

Sim  Não

**14.1- Se sim, como recebeu essa informação?**

Médico-Dentista  Consultas na Unidade de Saúde Familiar  Médico Pediatra

Familiar  Internet/ Revistas/ Panfletos  Conhece algum caso

Outro

**15- Qual a importância que atribui aos hábitos de higiene oral do bebé/ criança numa escala de 1 a 5, sendo 1 sem importância e 5 extremamente importante?**

1  2  3  4  5

**16- Recebeu informação de como deve realizar a higiene oral do bebé/ criança e qual o material necessário, de acordo com a idade?**

Sim  Não

**16.1 – Se sim, quem lhe forneceu essa informação?**

Médico-Dentista  Consultas na Unidade de Saúde Familiar  Médico Pediatra

Familiar  Internet/ Revistas/ Panfletos  Outro

**17- Qual a importância que atribui à dentição do bebé/ criança (dentição decídua), sendo uma dentição temporária, numa escala de 1 a 5, sendo 1 sem importância e 5 extremamente importante?**

1       2       3       4       5

**18- Considera que deve ter um maior cuidado com a higiene oral do seu bebé/ criança com o avançar da idade?**

Sim       Não

**19- Atribui maior importância aos seus dentes, sendo uma dentição definitiva, do que aos dentes do bebé/ criança, sendo uma dentição temporária?**

Sim       Não

**20- Quais os motivos que considera válidos para levar o bebé/ criança ao Médico-Dentista?**

Erupção dentária       Esclarecer dúvidas sobre higiene oral       Rotina

Dor de dentes/ gengivas       Dente cariado       Dente escurecido/ manchas

Dificuldade em eliminar o hábito de sucção em chupeta       Sucção nos dedos

Dentes aparentemente mal posicionados

**Dados do bebé/ criança**

**21- Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

**22- Género:** Feminino       Masculino

**23- Residência:** Aldeia       Vila       Cidade

**24- O bebê/ criança tem alguma doença crônica?**

Sim  Não

**25- O bebê/ criança toma alguma medicação de forma crônica?**

Sim  Não

**26- Que tipo de alimentação faz o bebê/ criança?**

Leite materno exclusivo  Leite materno e leite adaptado

Leite adaptado exclusivo  Leite materno não exclusivo

Leite adaptado não exclusivo  Leite de origem animal

Sopa  Papa  Fruta  Carne/ peixe  Arroz/ massa/ batatas

Guloseimas (bolachas, rebuçados, chocolates, doces, refrigerantes...)

**27- O bebê/ criança usa chupeta atualmente?** Sim  Não

**28- Se o bebê/ criança não usa chupeta atualmente, usou no passado?**

Sim  Não

**29- Se o bebê/ criança usa/ usou chupeta, coloca/ colocava alguma substância na tetina da chupeta?** Sim  Não

**29.1- Se sim, que substância?**

Medicamento para alívio da cólica nos primeiros meses de vida do bebê

Mel  Açúcar  Outra

**30- O bebê/ criança faz algum tipo de alimentação à noite ao adormecer?**

Sim  Não

**30.1- Se sim, que alimentos?** \_\_\_\_\_

**30.2- Se sim, usa biberão para esse fim?** Sim  Não

**31- O bebê/ criança faz algum tipo de alimentação durante a noite?**

Sim  Não

**31.1- Se sim, que alimentos?** \_\_\_\_\_

**31.2- Se sim, usa biberão para esse fim?** Sim  Não

**31.3- Se sim, a que horário horário?**

22-24h  01-03h  04-06h

**32- O bebê/ criança lava os dentes?**

Sim  Não

**33- Se o bebê/ criança lava os dentes, fá-lo todos os dias?**

Sim  Não

**34- Quem realiza a higiene oral do bebê/ criança?**

Bebé/ criança  Mãe  Pai

Bebé/ criança + mãe/ pai  Outro

**35- Momentos do dia da higiene oral do bebê/ criança:**

**35.1-Lava de manhã, antes de tomar o pequeno-almoço?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**35.2-Lava de manhã, depois de tomar o pequeno-almoço?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**35.3-Lava de manhã, depois do lanche da manhã?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**35.4-Lava depois do almoço?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**35.5-Lava depois do lanche da tarde?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**35.6-Lava depois do jantar?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**35.7- Lava antes de dormir?**

Sim, sempre  Sim, às vezes  Não

**36- Como lava os dentes do bebé/ criança?**

Usa gaze  Usa dedeira  Usa escova  Usa escova e pasta dentífrica

Usa escova, pasta dentífrica e elixir  Usa escova, pasta dentífrica e fio dentário

Usa escova, pasta dentífrica, fio dentário e elixir  Outro

**36.1- Se usa pasta dentífrica:**

**36.1.1- Qual a marca?** \_\_\_\_\_

**36.1.2- Qual o sabor?** \_\_\_\_\_

**36.1.3- Sabe qual a quantidade de flúor que contém?** Sim  Não

**36.1.4- Qual a quantidade de pasta dentífrica que coloca na escova?**

Aproximadamente o tamanho da unha do dedo mindinho do bebé/ criança

Preenche todo o comprimento da escova

Superior ao tamanho da unha do dedo mindinho do bebé/ criança e inferior ao comprimento da escova

**36.1.5- O bebé/ criança bochecha com água após escovar?**

Sim  Não

**37- Quando o bebé/ criança toma medicamentos (xarope) durante a noite lava-lhe os dentes a seguir?**

Sim  Não  Nunca tomou

**38- O bebé/ criança já visitou o Médico-Dentista?**

Sim  Não

**38.1- Se sim, quantas vezes?**

Uma vez  Duas vezes  Três vezes  Mais do que três vezes

**38.2- Se sim, a que idade?**

0 - 3 anos  4 – 6 anos

**38.3- Se sim, qual/ quais os motivos?**

Dor de dentes/ gengivas  Rotina  Dentes escurecidos/ manchas

Dentes cariados  Tramatismo dentário

Extrações dentárias (devido à permanência prolongada de dentes decíduos)

Outro

**38.4- Se não, a que idade do bebé/ criança pretende levá-lo/a ao Médico-Dentista?**

0 – 3anos     4 – 6 anos     > 6 anos     Não sabe

Apenas quando tiver algum problema

### Anexo III – Ficha de registo do exame clínico

#### Ficha de observação clínica

**Dentes presentes na cavidade oral:**

---

---

**Registo do CPOD e/ ou ceod:**

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Código		Condição
Dentição decídua	Dentição permanente	
A	0	Hígido
B	1	Cariado
C	2	Restaurado com cárie
D	3	Restaurado sem cárie
E	4	Ausente por cárie
-	5	Ausente (outro)
F	6	Selante
G	7	Prótese, Implante
-	8	Não erupcionado
T	T	Traumatismo
-	9	Não registado